l'entretien clinique

sous la direction de
colette chiland

puf

le psychologue

COLLECTION DIRIGÉE PAR PAUL FRAISSE

LE PSYCHOLOGUE

L'entretien clinique

Ouvrage publié sous la direction de
COLETTE CHILAND

avec la collaboration de
MARIE-FRANCE CASTARÈDE
ANNE LEDOUX, MICHEL LEDOUX
BÉATRICE MARBEAU-CLEIRENS

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

ISBN 2 13 042466 x

Dépôt légal — 1re édition : 1983, mai
3e édition : 1989, avril

© Presses Universitaires de France, 1983
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 7

CHAPITRE PREMIER. — *Introduction : qu'est-ce qu'un entretien clinique ?*, par Colette CHILAND 9

CHAPITRE II. — *Les modèles théoriques de l'entretien clinique*, par Michel LEDOUX 28

CHAPITRE III. — *Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique*, par Béatrice MARBEAU-CLEIRENS 40

1. L'identification 41
2. La projection 46
3. Le contre-transfert 51
4. Le transfert 59
5. Les groupes d'appartenance et l'entretien 67

CHAPITRE IV. — *La communication non verbale dans l'entretien clinique*, par Anne LEDOUX 74

CHAPITRE V. — *L'entretien avec l'enfant*, par Colette CHILAND 86

CHAPITRE VI. — *L'entretien avec l'adolescent*, par Marie-France CASTARÈDE et COLETTE CHILAND 102

1. L'adolescence dans le mouvement de l'évolution... 102
2. L'entretien avec l'adolescent 111

CHAPITRE VII. — *L'entretien clinique à visée de recherche*, par Marie-France CASTARÈDE 118

1. Les différents types d'entretien de recherche 118
2. Le moment et le type de recherche : l'information recherchée 120
3. L'entretien en profondeur ou non directif 121

CHAPITRE VIII. — *La succession des entretiens : du diagnostic à la thérapie*, par Michel LEDOUX 146

CHAPITRE IX. — *La formation à l'entretien clinique*, par Anne LEDOUX 154

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 172

AVANT-PROPOS

Il est de multiples manières d'exercer la profession de psychologue clinicien. Il n'en est aucune qui ne fasse une place centrale à l'entretien clinique.

Au cours de ses études, le futur psychologue clinicien acquiert des connaissances et, fort heureusement, dans un champ plus large que celui de la psychologie clinique. Ce qui est nouveau, quand il est confronté à la formation à l'entretien clinique, c'est qu'il ne s'agit plus seulement de connaissances objectives, mais de relations intersubjectives. L'objet d'étude est un sujet, le psychologue aussi et son fonctionnement psychique intervient dans ce qui se passe. Il faut donc que le futur psychologue s'ouvre à une autre perspective, à la connaissance de lui-même et à son implication dans le dialogue avec l'autre et la connaissance de l'autre.

Les auteurs de ce livre constituent une équipe d'enseignants qui travaillent ensemble depuis une douzaine d'années dans un grand accord sur la nécessité d'articuler la pratique et la théorie, l'expérience personnelle et les concepts, d'éviter le verbalisme où les étudiants répètent des mots qui peuvent sonner bien, mais ne les aider en rien à penser vraiment.

Laboratoire de Psychologie Clinique,
U.E.R. de Psychologie,
Université René Descartes.

CHAPITRE PREMIER

Introduction : Qu'est-ce qu'un entretien clinique ?

par Colette CHILAND

Le *Petit Robert* définit ainsi le terme *entretien* : « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ».

On peut échanger des paroles dans bien des circonstances et de bien des manières. Quelles spécifications apporte l'épithète *clinique ?*

Nous ne ferons pas un inventaire des définitions qu'on peut trouver de « la clinique », ou de « la psychologie clinique ». Nous nous contenterons de rappeler que le terme vient de la médecine, et que, la clinique, c'est ce qu'on fait *au lit* du malade (le lit en grec se dit κλίνη, klinè) par opposition à ce qu'apportent d'autres sources d'information, les examens « paracliniques » qui se sont aujourd'hui multipliés : dosages chimiques, examens histologiques, rayons X, scintillographie, scanner, etc. L'examen clinique se résumait sous les initiales énigmatiques la première fois qu'on les rencontrait : I P P A , c'est-à-dire inspection, palpation, percussion, auscultation. Malgré tous les progrès des examens de laboratoire, le médecin a intérêt à continuer de regarder, de palper, de percuter, d'ausculter, on pourrait même ajouter de flairer. Hormis le stéthoscope (mais on peut s'en passer), on voit que ces investigations se font *à mains nues, sans instrument.*

En psychologie clinique, on a pu distinguer une clinique à mains nues et une clinique instrumentale, ou armée. Ce vocabulaire classique, que nous n'avons pas inventé, nous permet de situer l'entretien clinique : le psychologue n'y emploie aucun instrument, il est son propre instrument (il arrive qu'on enregistre l'entretien au magnétophone, au magnétoscope, etc.; ces instruments permettent un autre mode d'analyse après-coup de l'entretien; mais pendant l'entretien le psychologue n'avait pas d'autre instrument que lui-même pour comprendre ce qui se passait et éventuellement intervenir).

Dans l'entretien clinique, par différence avec l'IPPA évoquée plus haut, on ne fait que regarder et écouter, et parler pour mieux voir et mieux entendre. On ne touche pas le corps de l'autre. C'est un entretien *verbal,* ce n'est pas un examen *physique.* Pourtant une *communication non verbale* fort importante accompagne la *parole rythmée par le silence* (on y reviendra dans un autre chapitre).

La clinique instrumentale usuelle n'utilise pas de « machines », bien qu'effectivement à l'un des extrêmes de la psychologie clinique on puisse utiliser des enregistrements divers (réflexe électro-galvanique, « machine à détecter le mensonge », enregistrement électro-encéphalographique, etc.). La clinique instrumentale usuelle s'appuie sur des instruments proprement psychologiques qui ont été préparés, élaborés, avant la rencontre avec le sujet. Les *tests* sont par excellence un de ces instruments. Nous laisserons de côté la critique idéologique des tests : on peut faire un mauvais usage de n'importe quoi. Le psychologue qui débute trouve un appui précieux dans les tests, qui résument pour lui les expériences faites sur de nombreux sujets par ceux qui l'ont précédé. La situation étant standardisée, ce qui est à observer se trouve réduit, cadré, et l'on peut devenir assez vite sensible à des nuances dans les comportements et les réponses du sujet. Même pour le psychologue chevronné capable d'apprécier un niveau d'intelligence et bien d'autres caractéristiques sans tests, les épreuves standardisées apportent des précisions et parfois des surprises. Nous ne méprisons donc pas cette clinique instrumentale, mais ce dont nous voulons parler ici, c'est de la clinique à mains nues dont, à côté de l'observation, dite parfois « observation directe », l'entretien clinique est l'essentiel.

A la frontière entre la clinique instrumentale et la clinique à mains nues se situe l'entretien effectué avec un guide d'entretien; au-delà les questionnaires, qu'ils soient ouverts ou fermés.

Des origines médicales de la clinique vient une autre connotation du terme : les médecins *soignent.*

L'activité du psychologue clinicien peut être une activité thérapeutique, mais le champ de la psychologie clinique est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux identifiés. En outre la participation des psychologues à la thérapeutique n'a pas fini de soulever des problèmes.

Un psychologue, quelle que soit sa formation, non seulement n'est pas reconnu par la Sécurité Sociale, mais est susceptible d'être poursuivi pour exercice illégal de la médecine; il y a eu des procès.

La loi est en retard sur la pratique. De fait les psychologues dans bien des établissements participent aux *soins* donnés aux malades, des nourrissons aux vieillards. Ils participent aux actions de *prévention* et d'*hygiène mentale,* là aussi des nourrissons (crèches) aux vieillards (foyers pour personnes âgées).

L'entretien clinique peut donc se situer dans le cadre d'une *relation de soins.* On parle souvent de manière plus large d'une relation *d'aide* ou de *conseil.* Chacun de ces deux termes a des connotations qu'on peut avoir envie de récuser. Il est vrai que le psychologue clinicien va s'efforcer d'aider son client, c'est ce que lui demande son client; mais il ne s'agit pas de bonnes œuvres, de bénévolat (dont on se méfie en France : incompétence, travail ôté aux professionnels, etc., mais qu'on pratique sur une large échelle dans le monde anglosaxon); le psychologue exerce un métier et gagne sa vie. D'autre part le terme d'aide tend à véhiculer un optimisme un peu naïf : il ne suffit pas d'être gentil et d'offrir son aide ... Quant aux conseils, certes le client en demande; mais il est bien rare que le psychologue en donne, ce n'est pas le but qu'il se propose, même quand il s'appelle « conseiller ». Par exemple le conseiller d'orientation : il fournit des informations; il montre les possibilités ouvertes en fonction des aptitudes dont le sujet témoigne, de l'organisation des études, des exigences des métiers; il essaie de le mettre en position de faire un choix éclairé; il essaie de comprendre les raisons d'un refus

de la solution proposée; tout cela dans l'idéal, car, bien souvent, après un grand nombre d'heures de travail technique de haute qualité, l'adolescent va là où il y a de la place ...

Ce qui est commun aux termes que nous avons utilisés : soins, aide, conseil, c'est que le psychologue clinicien est *au service d'autrui.* On se réfère souvent pour définir la psychologie clinique à *l'intérêt porté à l'individu.* Mais ce n'est pas un intérêt quelconque, un intérêt purement intellectuel et scientifique. Au cours du Colloque *Unité et Interdisciplinarité de la psychologie* (publié sous la direction de C. Chiland) on a pu définir le psychologue clinicien comme un *militant de la santé mentale.*

Le psychologue clinicien, en tant que chercheur, se trouve aux frontières du champ clinique ainsi défini. Il n'a pas devant lui un individu qui est venu lui demander un conseil, une aide, une thérapie. Il a sollicité un individu, choisi en fonction d'une série de critères, de bien vouloir accepter un entretien. La finalité immédiate de l'entretien n'est pas le service d'autrui, qui peut être une finalité seconde : la recherche vise à améliorer nos connaissances dans le champ clinique. Ce champ clinique est vaste et couvre tous les problèmes de la vie quotidienne, ordinaire et insolite : le désir d'enfant, la naissance, la maternité, la paternité, la maladie, le deuil, la mort ... Psychologie de la vie quotidienne, la psychologie clinique se trouve ainsi proche de la psychologie du sens commun, ce qui la rend attractive, mais y rend plus difficile la conquête de connaissances scientifiques.

Dans l'entretien clinique, il y a deux personnes qui « échangent des paroles » pour reprendre la définition du « Petit Robert »; ces deux interlocuteurs n'occupent pas des positions symétriques.

L'un vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien, il vient en raison de la fonction que l'autre occupe, fonction qui suppose une formation, laquelle permet de prendre une certaine position dans le dialogue.

Les noms donnés aux interlocuteurs marquent l'asymétrie du dialogue. Nous avons parlé jusqu'ici de psychologue clinicien d'un côté, de client, sujet ou autrui de l'autre côté.

L'entretien clinique est une activité tout à fait centrale pour le psychologue clinicien. Mais d'autres que lui sont appelés à s'entretenir avec autrui et en sont, ou doivent en être capables :

le médecin, le psychiatre, l'assistante sociale, le conseiller d'orientation, le conseiller conjugal, etc. Nous ne nommons que les professionnels qui sont à l'intérieur du champ clinique; à la lisière, d'autres professionnels pourraient tirer bénéfice d'une compréhension clinique du dialogue : les avocats, les juges, les architectes, etc., mais le dialogue qu'ils ont avec leur client n'est pas centré sur la compréhension du client, il a une autre finalité qui sera mieux servie s'ils comprennent mieux leur client.

Nous dirons souvent le *psychologue* ou le *psychologue clinicien* en raison de l'importance que revêt pour lui la pratique de l'entretien clinique, et parce que ce livre est né d'un enseignement fait à des étudiants de psychologie et de préoccupations sur la formation et les fonctions de psychologues. Nous pourrions dire le *clinicien* tout court pour inclure tous les professionnels du champ clinique, y compris les *psychothérapeutes* et les *psychanalystes.*

Pour désigner l'autre interlocuteur, tous les termes ont des connotations qu'on peut ne pas souhaiter. Le *client,* terme relativement neutre, évoque pourtant la relation d'argent ou de dépendance et a une forte connotation rogérienne. Si l'on se réfère à la relation de soins, on n'aime guère parler de *malade,* ce qu'on ne conteste pas pour la maladie physique; mais la nature et les limites de la maladie mentale sont trop incertaines et discutées; pour l'antipsychiatrie il n'y a d'aliénation que sociale ou familiale et non mentale; dans une perspective (voir C. Chiland 1971, 1972) où il n'y a pas de distinction qualitative entre normalité et pathologie, mais quantitative seulement (Freud), nous sommes tous fous d'une certaine manière. On parlera plus volontiers de *patient* : celui qui souffre et demande à être soulagé de sa souffrance. Mais celui qui vient demander un conseil peut être dans une situation d'incertitude, d'indécision et non de souffrance.

Quand il s'agit d'un entretien de recherche, on dit, si l'on consent à parler «franglais», *interviewer - interviewé,* faute de pouvoir dire en français entreteneur - entretenu; ou encore on dit *enquêteur - enquêté,* qui s'appliquent mieux aux enquêtes sociales, et que Ghiglione et Matalon (1978, p. 59-60) symbolisent par *E-e,* ce qui marque bien l'asymétrie, mais sur un mode trop décharnalisé pour notre propos. L'interlocuteur du clinicien dans un entretien de recherche ne demande (au départ) rien, il n'est pas un patient, ni un client; nous l'appellerons

sujet pour marquer que nous tenons dans cet objet d'étude à respecter la personne.

L'asymétrie vient de la *demande*. Nous utilisons ce terme, malgré l'abus qu'en font les discours contemporains.

Il n'y a pas toujours de demande, même dans un entretien sans visée de recherche. On peut en donner de multiples exemples.

Un malade qui a consulté dans un service de médecine (gastro-entérologie, dermatologie, gynécologie, etc.) est référé au psychiatre, au psychologue, au « psychosomaticien ». Il a « un bon » pour un rendez-vous avec Monsieur ou Madame X. Il « demande » qu'on soigne ses maux d'estomac, ses éruptions cutanées, etc. Il n'a pas demandé un entretien psychologique; il ne désire pas parler de lui, de son histoire; il n'en voit pas l'intérêt par rapport à ce dont il se plaint.

A l'école, le directeur, un enseignant, l'assistante sociale scolaire ou le psychologue scolaire ont conseillé une consultation dans un centre spécialisé. Si certains parents comprennent le sens de cette démarche, d'autres arrivent mécontents, inquiets, sans la moindre envie qu'un « psy » se mêle de leur vie privée.

Quant à l'enfant, on insiste tellement sur le fait qu'il ne demande rien, que ce sont les parents qui le conduisent en consultation, qu'il est le symptôme des parents, qu'on finit par méconnaître qu'il est en fait souvent partie prenante dans le dialogue, comme nous le verrons au chapitre consacré à l'entretien avec l'enfant. Il m'est arrivé de voir un enfant de 9 ans, tirant sa mère par la main jusqu'au Centre Alfred-Binet : il avait des problèmes, disait-il, et voulait venir pour en être débarrassé; il avait entendu parler du Centre et de ce qu'on y faisait pour les enfants par un de ses camarades de classe; et devant son insistance la mère avait fini par céder à son corps défendant.

Que dire d'une rencontre en milieu carcéral, où le psychologue s'est déplacé pour rencontrer son client et où tous les paramètres de la situation clinique ordinaire sont modifiés ?

Même dans le cas le plus favorable où le client sait qu'il « a des problèmes », il n'a pas pour autant une idée claire de la nature du service que peut lui rendre un clinicien et de la manière dont va se dérouler l'entretien. Il demande qu'on lui pose des questions et qu'on lui donne des réponses. Dans un cas extrême que je n'ai rencontré qu'une fois, un client qui connaissait mes

titres officiels s'est mis dans une violente colère et m'a menacée de déclencher une enquête sur l'authenticité de mes diplômes devant ma manière de l'inviter à parler de lui-même comme cela lui venait; ce n'était pas un homme inculte, il avait fait avec succès des études supérieures.

Le client vient demander un conseil ou de l'aide parce qu'il a un problème ou se sent mal à l'aise. A supposer qu'une ligne de conduite évidente pour nous se dessine et que nous la lui conseillions, il ne serait en état de la suivre que dans des cas exceptionnels. On ne peut pas résoudre un problème de vie sans changer soi-même. Le client demande une solution miraculeuse sans avoir à payer le prix du changement; nous ne parlons pas de l'argent, mais du prix psychologique, du travail à faire sur soi-même, du renoncement au bénéfice des symptômes.

La «demande» du client est donc prise dans le réseau de ses contradictions conscientes et inconscientes. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il est là; dans le meilleur des cas venu de lui-même et de son plein gré; ou venu sur un conseil ou une pression extérieure; ou venu par contrainte. Il est là et il aborde l'entretien avec des sentiments variant d'un extrême à l'autre, de la confiance et du désir de parvenir à une communication authentique à la méfiance et au désir de se dérober à la communication. Le clinicien doit s'efforcer d'établir une communication authentique; il n'y parviendra pas toujours; il y parviendra parfois alors que tout s'annonçait très mal au premier instant.

Le client est venu trouver un professionnel et l'asymétrie du dialogue est liée à la *fonction* même du clinicien. Parce qu'il s'agit d'un entretien avec un professionnel, le client ne parle généralement pas de la même manière qu'à un parent, un ami, un collègue, un voisin. Et même s'il le fait, le professionnel en tout cas ne l'entend pas de la même oreille. Cette asymétrie est souvent ressentie péniblement par le patient, en particulier parce que le clinicien ne répond pas ou ne répond pas comme un ami faisant des confidences à son tour.

Quelle que soit «l'étiquette» du professionnel, l'entretien clinique ne se déroule pas différemment quant à la position du clinicien. Par contre l'étiquette peut jouer un rôle pour le client. Il peut refuser de voir un travailleur social (qui, en France, est presque toujours une femme). Il peut choisir un psychologue

pour éviter un psychiatre : il n'est pas fou, il n'est pas malade, il «a des problèmes psychologiques». A l'opposé il peut arriver sans savoir à qui il a affaire : dans un service public, parce qu'il rencontre plusieurs professionnels qui ne se présentent pas toujours à lui; l'enfant, à qui l'on a dit qu'il allait chez «le docteur», qui entre dans le bureau d'une femme, aujourd'hui encore, ne pense pas être devant «le docteur»; ou bien, dans un service public comme en consultation privée, parce qu'il ne se représente pas ce que recouvre le titre officiel de celui qu'il consulte.

La fonction du clinicien fait que le client s'adresse à lui. Mais l'image qu'il a de lui comporte souvent peu d'informations objectives et est surchargée de préconceptions, de représentations imaginaires qui prennent leurs racines dans l'ensemble de sa personne, dans son histoire, qui constituent ce que la psychanalyse a appelé des déplacements transférentiels.

L'asymétrie du dialogue tient à la *position* que prend le clinicien. Et cette position il ne peut la prendre qu'en raison de sa *formation.*

Le clinicien est un professionnel qui a fait des études, a un diplôme, des titres officiels divers.

La formation (un chapitre sera consacré à la formation à l'entretien clinique) comporte des éléments de *savoir* acquis au cours de ces études diverses. Mais le savoir positif en notre domaine ne constitue pas un corpus cohérent et achevé qu'on puisse enseigner dogmatiquement ou axiomatiquement et posséder une fois pour toutes, comme la géométrie euclidienne, quitte à l'inclure ensuite dans un corpus plus vaste. Les éléments de savoir dont nous disposons sont fragmentaires, situés dans des problématiques différentes où la manière de poser des questions sur le développement psychique, la structure de la personnalité, la relation de l'individu à son environnement entraîne des réponses différentes. L'enseignement donné ne peut être que critique et réfléchi, invitant le psychologue et le clinicien à «la formation continue», montrant l'importance de la *culture* et de *l'expérience.* On pourrait en dire autant dans beaucoup de domaines. L'originalité de la formation dans notre domaine vient du *travail sur soi* que doit avoir effectué le clinicien pour acquérir une certaine maîtrise de lui-même comme instrument. Ce que le clinicien met au service d'autrui, ce ne sont pas seulement ses

connaissances, c'est, selon le terme qu'on voudra employer, son appareil psychique, sa psyché, son fonctionnement mental, sa capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer; si c'est un savoir, c'est un savoir vivant, incarné, où il paie de sa personne.

C'est cette formation qui permet au clinicien de prendre la *position* qui caractérise l'entretien clinique et le différencie des autres dialogues : conversation ordinaire, interrogatoire, confession, etc. Cette position, nous allons la caractériser en soulignant tout ce qu'elle doit à la *psychanalyse,* même si le clinicien n'a pas de formation psychanalytique. Le terme qui prévaut pour caractériser l'entretien clinique est *non-directif.* Ce terme vient de Carl Rogers (un chapitre sera consacré aux modèles théoriques), mais Rogers doit beaucoup à Freud, même s'il s'écarte de lui par sa technique d'interventions sans interprétation et par son optimisme.

Dans l'entretien clinique, le clinicien est présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, mais absent autant que faire se peut dans sa problématique personnelle. Le but fondamental est de *laisser parler* le client, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelques difficultés à le faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire. Il apparaît alors que, cette *liberté de parole* qu'on s'efforce de lui donner, il ne peut en faire qu'un usage limité par des *réticences conscientes* ou des *résistances inconscientes,* il ne veut pas, il ne peut pas tout dire, en tout cas d'emblée. Le clinicien doit interférer le moins possible avec ce discours tel qu'il s'organise spontanément, il doit ne pas entraver la parole, mais la faciliter.

Cela suppose qu'il n'a pas de curiosité intempestive, encore moins de désir inquisiteur d'extorquer la vérité. Ce qui importe, ce n'est pas seulement ce qui est dit, mais le moment où c'est dit et la manière dont c'est dit.

Il n'a pas non plus de hâte de communiquer ce qu'il comprend. L'important est de le communiquer au moment profitable pour le client.

Cette attitude, Freud l'a caractérisée comme *neutralité bienveillante.* Quand le client connaît ce terme (sans être professionnel : les bandes dessinées aujourd'hui présentent la psychanalyse ...), il traduit neutralité par indifférence, froideur; le clinicien serait un miroir qui renvoie au client son image, un mur contre lequel on se heurte, une statue impavide. Il oublie la bienveil-

lance. Ni la neutralité, ni la bienveillance ne vont de soi.

Etre neutre, c'est d'abord bien évidemment ne pas émettre de jugements, de critique, de désapprobation. Le patient est aux aguets du moindre signe négatif; il ne peut pas imaginer qu'on ne le condamnera pas comme les parents de son enfance, les instances morales extérieures, son « sur-moi ». Etre neutre, ce n'est pas ne rien éprouver, c'est parvenir à ne pas communiquer même involontairement de signes trahissant ce qu'on éprouve. Tâche impossible dans le face-à-face de l'entretien clinique où les deux interlocuteurs se regardent (interview) et où le client cherche à lire sur le visage du clinicien. C'est pourquoi, ayant utilisé le divan dans la pratique de l'hypnose, Freud le conserva quand il découvrit la psychanalyse : au long cours d'un traitement il est plus facile de rester neutre hors la vue du patient. Mais l'utilisation du divan est exclue dans un premier entretien ou dans des entretiens isolés, en dehors d'un traitement intensif.

La neutralité, ce n'est pas seulement ne pas laisser paraître ce qu'on éprouve, c'est prendre conscience de ce qu'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera. La psychanalyse a donné le nom de *transfert* à l'ensemble des sentiments que le patient éprouve envers l'analyste, sentiments déplacés de ses expériences antérieures, avec projection des images parentales sur l'analyste; et le nom de *contre-transfert* au déplacement transférentiel que l'analyste fait en réaction au matériel de son patient.

La neutralité du clinicien n'est pas un masque professionnel ou une attitude plaquée. Elle est un travail actif pour être au clair avec sa problématique personnelle et l'empêcher d'interférer. Travail jamais achevé parce que le client vient nous toucher de manière imprévue à nos points les plus sensibles. Si nous étions cuirassés pour ne plus rien sentir, nous ne serions plus utiles au patient. C'est avec ce que nous ressentons que nous pouvons le servir, à condition de n'être pas débordés.

Nous n'y parviendrions pas sans un *parti-pris de bienveillance*. Des sentiments négatifs sont éprouvés par le clinicien; mais il ne s'autorise pas pour autant à répondre par la loi du talion. Il faut relire le texte admirable de Winnicott de 1947 sur « La haine dans

le contre-transfert » (in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr. 1969, p. 48-58).

Un chapitre sera consacré à ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs au cours de l'entretien clinique. Nous nous contenterons pour le moment de noter que le client ressent l'asymétrie dans le dialogue en magnifiant l'image du clinicien omniscient, tout-puissant, en se sentant à sa merci, en étant inévitablement déçu par son silence, sa réserve, tandis que le clinicien s'efforce par un travail personnel à une neutralité bienveillante qui permette au client une parole aussi libre qu'il le peut et le déploiement de ses problèmes.

Le clinicien invite à parler et ne pose pas de questions (entretien non-directif), ou en pose le moins possible (entretien semi-directif). C'est une règle asymptotique qui peut varier, notamment en fonction de la visée de l'entretien : le recueil d'une anamnèse (histoire de la vie et de la maladie) aussi complète que possible peut être nécessaire.

L'entretien directif, totalement structuré à l'avance par le psychologue, est en fait un *questionnaire*. Nous le laisserons en dehors du champ de notre étude. Il appartient à la clinique instrumentale ou armée et a son utilité. Le questionnaire à questions fermées permet des réponses dénombrables, quantifiables; on peut effectuer des comparaisons et une élaboration statistique. Mais on n'inventorie qu'un aspect, plus superficiel, des phénomènes.

Dans l'entretien clinique, il peut être utile ou nécessaire de poser une question. Mais il faut veiller à ne pas coincer le patient par une question trop précise ou systématique. Il peut refuser de répondre, ou mentir, et en éprouver néanmoins de la gêne. Il peut se sentir obligé de répondre et ne pas le supporter. Il arrive même que le patient ait abordé spontanément un sujet qui déclenche en lui une vive émotion et qu'il ne le supporte pas; apparemment dans le bureau il s'est senti compris; dans l'escalier il se ressaisit et ne supporte pas l'*aveu* qu'il a fait. Souvent on est surpris de ne pas revoir un client avec qui on a eu l'impression d'une relation chaleureuse et d'un entretien fécond. Ce peut être parce que le client a trouvé ce dont il avait besoin pour faire face seul à sa situation. Souvent c'est en raison de

cette « réaction de l'escalier », de ce débordement *traumatique* par l'intensité de l'émotion de s'être trop dévoilé.

Du caractère superficiel des questionnaires et de la prudence du clinicien vis-à-vis du questionnement, l'exemple suivant donne une illustration. Un homme jeune vient me demander une analyse et me parle longuement de malaises divers d'ordre phobique; sans aucune question de ma part, il me dit : « J'ai une petite amie avec qui tout va bien ». Ce n'est qu'un an plus tard qu'il a pu m'avouer ce qui l'avait poussé à demander une analyse : il était impuissant. Il n'eût servi à rien au cours du premier entretien de lui poser une question plus précise ou de s'étonner de son besoin de proclamer que tout allait bien avec sa petite amie alors qu'on ne lui demandait rien. Il eût été obligé de s'enferrer dans le mensonge, ou se serait senti tenu de « dire la vérité », ne l'aurait pas supporté et ne serait pas revenu. Un client ne peut pas tout dire au premier entretien (en dehors même de ce qu'il ne sait pas clairement parce que c'est inconscient); il ne peut pas, tant qu'il n'aura pas pris confiance dans son interlocuteur, se montrer dans toute sa souffrance, sa culpabilité ou sa honte.

Certains prônent aujourd'hui des techniques provoquant de vives décharges émotionnelles, où à la parole s'adjoignent des effets de groupe et de contact corporel, ce qui renvoie à la période pré-psychanalytique où l'on attendait du retour d'un souvenir refoulé une *abréaction,* une *catharsis.* Il peut arriver que ce soit bénéfique; plus souvent, c'est une *effraction dans l'aménagement défensif.*

Précisément on doit, dans l'entretien clinique, reconnaître et respecter cet *aménagement défensif.* Il s'agit là encore d'un concept psychanalytique. Dès les années 1890, avant la découverte de la psychanalyse, Freud a parlé de la défense *(Abwehr),* notamment dans deux articles : Les névropsychoses de défense (1894), Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense (1896), traduits en français dans *Névrose, psychose et perversion.* La défense est dirigée contre la survenue d'une idée incompatible, inconciliable avec le moi soumis à la morale sociale. Des procédés défensifs différents donnent lieu à des symptômes différents : conversion somatique hystérique, idées obsédantes, psychose hallucinatoire. Pendant trente ans, le procédé défensif le plus étudié par Freud est le *refoulement,* avant qu'il ne revienne

à la défense dans sa généralité et sa diversité dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). C'est sur le modèle de la régulation homéostatique du milieu intérieur que Freud conçoit ces mécanismes de défense *inconscients* par lesquels tout individu s'efforce de maintenir aussi constant que possible et en tout cas acceptable l'équilibre de ses investissements narcissiques et objectaux, libidinaux et destructeurs.

Il faut que le patient puisse supporter ce qu'il nous dit sans que l'estime de soi, la cohérence, l'unité et la continuité de soi ne soient remises trop brutalement en cause; sans que les relations avec ses objets d'amour ne soient trop brutalement modifiées. Le patient n'a que trop spontanément tendance à identifier le cabinet du psychologue et le confessionnal; et cela risque d'être une confession sans absolution. S'il vit ce qu'il a dit comme un aveu, trop de culpabilité ou trop de honte mobilisées ainsi feront de cet entretien une rencontre sans lendemain, un traumatisme. Non seulement le clinicien ne doit pas provoquer un tel aveu, mais il doit tenter de le prévenir. Il est souhaitable que le client ne dise que ce qu'il peut supporter durablement et avec bénéfice pour lui d'avoir dit.

Une telle conception de l'entretien clinique va à l'encontre de plusieurs tendances.

A l'encontre de l'examen clinique psychiatrique classique, conçu comme un inventaire des symptômes, et finalement une sorte d'interrogatoire qui va de questions simplistes pour s'assurer que le malade est bien orienté dans le temps et l'espace jusqu'à la provocation à délirer pour s'assurer de la présence ou de l'absence de délire et d'hallucinations. Nous l'avons vu pratiquer par des maîtres de la psychiatrie et il se pratique certainement encore, même si nombre de cliniciens sont moins hantés aujourd'hui par la peur de passer à côté d'un symptôme et sont soucieux de voir quelle relation le patient est capable d'établir avec eux ou un autre thérapeute; ils savent que la relation établie avec le malade compte même quand le temps fort et indispensable du traitement est la prescription de médicaments.

A l'encontre aussi d'une mystique de la transformation du non-dit en parole comme opérant une remise en place miraculeuse. Dans beaucoup de familles il y a un secret, « un squelette dans le placard ». Que ce secret ait eu des effets pathogènes, certes; mais il a tissé un réseau de relations faussées qui n'en est

pas moins la substance de la vie de tous les membres de la famille; *la révélation* brutale du secret risquera de provoquer une syncope à l'ouverture du placard, un effondrement, plus que la mise en place instantanée de relations nouvelles et saines. Il faut rendre les membres de la famille capables d'avoir d'autres relations, de se parler autrement, pour que, aussi naturellement que possible, le secret puisse être dit comme on détache aisément de l'arbre un fruit mûr. C'est vrai même quand il s'agit d'un « secret de Polichinelle », connu de ceux qui sont censés l'ignorer.

L'entretien est « échange de paroles », échange complexe. Certaines paroles visent à communiquer un message, d'autres à l'occulter. La communication verbale ou « digitale »[1] s'accompagne toujours d'une communication non verbale ou « analogique »[1] et ces deux modes de communication peuvent s'accorder ou se contredire.

Certains sujets ne laissent jamais s'établir le silence qui viendrait interrompre une parole de surface, défensive et inauthentique, et confronterait à l'autre et à soi-même. D'autres se taisent, moment de répit, de repos, qu'il faut respecter. D'autres s'enferment dans un silence douloureux, dont ils ne savent comment sortir.

Le clinicien dans son attitude de réserve, d'attente bienveillante, de disponibilité à ce qui va se passer et qui est imprévisible, n'est pas inactif. Il laisse se déposer en lui des indices qu'il perçoit consciemment ou non : le vêtement, la démarche, la posture, les gestes, la mimique, l'intonation. Il écoute dans un double registre : ce qui est dit et ce qui n'est pas dit, le contenu manifeste et le contenu latent du discours[2].

S'efforcer de mettre à l'aise le client ne se fait pas selon les règles habituelles de la politesse et de l'accueil d'un hôte : on le laisse ôter ou ne pas ôter son manteau; au cours de l'entretien, mais plus souvent au cours d'entretiens ultérieurs (un chapitre sera consacré à la succession des entretiens du diagnostic à la thérapie) on saura que le manteau gardé protégeait du désir de séduire par exemple; le geste et la parole de l'hôte courtois :

1. Terminologie de l'Ecole de Palo Alto : Gregory Bateson, Paul Watzlawick, etc.

2. Distinction entre le latent et le manifeste introduite par Freud dans l'étude des rêves.

«Donnez-moi votre manteau, je vous en prie» eût bloqué la parole.

Le clinicien se tait pour laisser l'autre parler et parle pour lui faciliter la parole. Au cours d'un premier entretien, sa parole n'est guère faite que d'*interventions* pour que l'autre puisse reprendre le discours interrompu par le silence. Il est exceptionnel qu'il s'agisse d'*interprétations.* L'interprétation porte sur le sens de ce qui a été dit. Tandis que l'intervention n'est que «centrée sur le client» selon l'expression de Rogers, l'interprétation, bien qu'encore centrée sur le client, fait intervenir le *système théorique* du clinicien par quoi il organise et comprend le discours et la problématique du patient. Tous les cliniciens n'ont pas le même système théorique : modification du comportement (où l'on questionne très systématiquement le patient en se centrant sur le symptôme dont il se plaint et les circonstances très précises de survenue de ce symptôme); théorie de la communication; psychanalyse, etc. Qui plus est, il y a de multiples manières d'être thérapeute du comportement, d'appliquer la théorie de la communication ou d'être psychanalyste. A partir du moment où il formule une interprétation, le clinicien *endoctrine,* au meilleur sens du mot, son client : il ne lui communique pas ses opinions et ne cherche pas à lui faire partager ses options personnelles; il lui fournit un système conceptuel, une matrice symbolique, un code par lequel cerner, structurer, comprendre et contrôler son malaise. Ainsi pour un psychanalyste, il y a interprétation quand on touche au sens latent, inconscient, de ce qui a été dit, aux aspects transférentiels de ce qui prend forme *hic et nunc,* ici et maintenant.

L'enregistrement et le décryptage spontanés sont incomplets, imparfaits : ce sont les seuls avec lesquels un clinicien peut travailler dans sa *pratique.* Il ne peut travailler au cours de l'entretien même qu'avec ce qui se mobilise en lui. Dans la succession d'entretiens, même s'il disposait du texte intégral des entretiens successifs, il ne pourrait pas se mettre à les feuilleter pour retrouver le texte exact de ce qui a été dit à tel moment.

Dans un travail de recherche, il en va autrement. L'enregistrement permet un travail approfondi : analyse de contenu du texte intégral; analyse partielle de la communication non verbale (il nous semble que quelque chose est perdu de l'at-

mosphère et de l'échange émotionnel et que le cadrage de la prise de vue a des effets de grossissement parfois caricaturaux de certains traits).

Piaget avait, au premier moment de son œuvre, appelé sa méthode « clinique » (voir Chiland, Piaget et la psychanalyse, 1981) : un art particulier de converser avec l'enfant pour mettre en évidence sa pensée et sa conception du monde. Piaget a gardé un art du *questionnement* quand il ne s'est plus agi de « la représentation du monde », mais de « l'opérativité ». Après avoir écouté les premières réponses de l'enfant ou de l'adolescent au problème qui lui était posé avec un matériel simple, Piaget maniait pièges, contre-suggestions, contre-exemples, fournissant la réponse, réelle ou fabriquée, que d'autres enfants avaient faite : « Un autre garçon m'a dit qu'il n'y avait plus la même chose de sirop à boire, parce qu'ici c'est plus haut ... ». Ce qu'on aurait pu prendre pour une certitude rationnelle vacillait et l'on voyait que l'enfant n'avait pas acquis l'invariant nécessaire à la pensée logique et scientifique. Le but de Piaget était moins de montrer comment se construisait la pensée de cet enfant qui était devant lui, que de trouver les étapes de la construction de la pensée logique et scientifique, au cours du développement des enfants et de l'histoire de l'humanité.

Ce travail de recherche n'était pas un intérêt pour l'individu et un service de l'individu. Mais Piaget avait une bonhommie particulière et un art étonnant. Des cliniciens, tel E. James Anthony, pensent avoir appris de Piaget comment parler aux enfants et obtenir des réponses qui permettent de dévoiler leurs fantasmes, comme Piaget mettait en évidence leurs mécanismes rationnels ou prérationnels.

Ce qui va se passer est imprévisible et dépend de la personne du clinicien et de la personne du client.

On pourrait tenter de décrire différents types d'entretien en fonction de la « structure » du patient. Mais, même si « l'étiquette diagnostique » finale est identique, il n'y a pas deux patients identiques.

L'intelligence du client, un bon « facteur verbal », un certain niveau culturel facilitent l'entretien clinique. Mais on peut s'exprimer de manière forte et pertinente dans une langue non académique.

L'entretien clinique est plus aisé avec un client «normalo-névrotique» qu'avec un psychotique ou un patient sujet à des maladies somatiques.

Freud pensait qu'il n'y avait de transfert que névrotique, parce que, sous le terme de transfert, il englobait en fait le déplacement transférentiel et la possibilité d'en prendre conscience et de l'analyser. Dans le transfert psychotique il n'y a pas de «jeu» entre la perception d'autrui et la projection, par où puissent se glisser aisément le doute, l'interrogation, l'analysabilité.

Quant au «malade psychosomatique», appelé tel dans un raccourci discutable parce que nous sommes tous un «psyché-soma», des trois *registres* dont chacun de nous dispose pour «métaboliser» et exprimer ses rapports conflictuels à lui-même et au monde, il utilise de préférence les registres *comportemental* et *somatique* et moins le registre mental. Il a peu d'intérêt pour ses processus psychiques et pour un entretien centré sur eux; sa vie rationnelle (processus secondaires) est coupée de sa vie fantasmatique (processus primaires); il a une carence du préconscient.

Nous verrons en deux chapitres qui leur seront consacrés les particularités de l'entretien avec l'enfant et avec l'adolescent.

Nous traiterons dans ce livre essentiellement de l'entretien duel, où le clinicien rencontre un seul individu, éventuellement avec le tiers qu'introduit un magnétophone, une caméra, une audience.

Mais l'entretien peut avoir lieu entre un (ou plusieurs) clinicien et plusieurs sujets : un couple, une famille ou un groupe. Au chapitre de l'entretien avec l'enfant, nous retrouverons l'entretien avec la famille.

L'intérêt pour l'entretien et la relation avec le groupe naturel de ceux qui vivent ensemble s'est considérablement développé au cours des deux dernières décennies : psychothérapie du couple, psychothérapie familiale. Ce qui apparaît l'unité de base, ce n'est plus l'individu, c'est la famille.

L'individu est une unité psychosomatique, une unité biologiquement enracinée. La famille élargie, qui a existé autrefois dans notre culture ou qui existe ailleurs, est une unité de production et de consommation. La famille prise en compte dans la psychothérapie familiale est généralement une famille nucléaire

et est une «unité de communication». Le problème n'est pas la maladie d'un individu qui n'est qu'un «patient identifié», un bouc émissaire; le problème est celui de la famille comme unité.

Les perspectives théoriques du clinicien qui rencontre une famille pour un entretien ou une série d'entretiens varient entre deux extrêmes.

Les «communicationnistes» ne prennent en compte que la communication entre les membres de la famille ici et maintenant. L'individu est considéré comme une boîte noire et l'on ne s'intéresse pas à ce qui se passe en lui. La famille pathologique communicant de manière paradoxale, il ne servirait à rien de dénoncer le symptôme ou d'émettre la moindre critique : le thérapeute serait immédiatement disqualifié. On doit donc répondre par «la connotation positive de tous les comportements observés dans le groupe» (Selvini-Palazzoli, p. 55), la prescription paradoxale de son symptôme au patient désigné (p. 54) qui seuls réussissent à faire apparaître à la famille le sens de leurs modes de communication et à leur permettre un changement.

Les psychanalystes s'intéressent à la communication entre les membres de la famille en l'articulant à la vie intérieure de chacun des membres. Une légende familiale circule entre les membres et alimente leurs fantasmes.

Tous s'intéressent à la communication entre les membres de la famille et à la transmission à travers les générations, mais en font un emploi variable.

Sous l'influence de l'extension de la psychothérapie familiale, nous avons tous évolué dans notre pratique quotidienne et nous voyons les pères, les couples et les familles beaucoup plus souvent qu'autrefois.

On conseille parfois que l'entretien avec une famille ne soit pas conduit par un clinicien seul, mais par un couple de cliniciens, et même plus, par exemple avec l'assistance d'un autre couple suivant l'entretien derrière un écran à vision unique ou devant un vidéoscope et aidant à la formulation de la prescription (voir M. Selvini-Palazzoli, *Paradoxe et contre-paradoxe).*

Nous avons présenté une conception de l'entretien clinique où à l'invite à la liberté de parole du patient correspond «l'attention flottante», la liberté d'écoute et d'association du clinicien.

S'il veut que le patient puisse tout dire (asymptotiquement), il doit pouvoir tout entendre.

Le client vient rarement en connaissance de cause. Il vient par pression, par hasard, par erreur ou sur sa demande mais dans une certaine méconnaissance de ce qu'il demande et de ce qui peut lui être apporté. C'est une démarche qu'il a souvent hésité longtemps à entreprendre, qui lui inspire de l'inquiétude en même temps qu'un grand espoir. L'image du clinicien est défigurée par la peur et grandie, idéalisée par l'espérance.

Parfois, malgré une absence initiale de demande consciente, la *rencontre* a lieu et le client se sent compris et s'étonne de ce qu'il a trouvé. Parfois, quelles que soient les qualités du clinicien, la communication ne s'établit pas; sans qu'on puisse le savoir, une étape peut néanmoins avoir été franchie, un jalon posé qui permettra au client de tirer un meilleur parti d'un entretien ultérieur avec un autre clinicien.

Dans cette rencontre aucun d'entre nous ne peut convenir à tous. Notre sexe, notre âge, notre style, notre personne interviennent. Nous naviguons entre le Charybde d'une trop grande proximité et le Scylla d'une trop grande distance, entre le trop-plein d'émotion et l'entretien où il ne se passe (apparemment) rien. Nous avons à réfléchir chaque fois sur ce qui entraîne l'excès ou l'absence de communication. Nos erreurs et nos échecs nous en apprennent plus que nos succès, si nous ne nous laissons pas entamer par eux.

La communication d'inconscient à inconscient n'est pas une mystérieuse perception extra-sensorielle. Nous n'avons pas de pouvoirs supra-normaux, nous ne sommes pas des magiciens. En nous se sont déposés au cours des années des éléments de savoir et d'expérience; au cours de l'entretien s'enregistrent des indices ténus. Notre disponibilité qui n'est pas à chaque instant égale en permet la mobilisation et la mise en forme au service d'autrui.

CHAPITRE II

Les modèles théoriques de l'entretien clinique

par Michel LEDOUX

Si l'entretien clinique est différent d'un entretien qui s'instaurerait spontanément entre deux personnes, c'est que sa visée est particulière et que, de ce fait, il va s'engager dans un registre qui lui est propre.

Il paraît utile, pour mieux préciser cette visée et les moyens qui sont mis en œuvre pour y atteindre, de situer l'entretien clinique dans le cadre d'un rapide historique.

La clinique psychologique fut d'abord essentiellement psychiatrique. Au départ, c'est-à-dire pratiquement au début du 19ème siècle, avec Pinel, la visée de l'entretien à but diagnostique est de distinguer le malade mental du sujet normal, afin de le mettre à l'écart du groupe social en raison de sa dangerosité éventuelle pour le groupe et pour lui-même. La perspective est également médico-légale dans la mesure où il s'agit de distinguer le fou, qu'on enferme à l'asile, du malfaiteur qu'on met en prison. De ce fait la psychiatrie se situe dans le domaine de la médecine et non plus dans un monde magique de superstition (mauvais sort), ou dans celui de la religion (possession démoniaque).

La préoccupation dominante est alors d'établir un classement des diverses maladies mentales qui permette d'établir un pronostic quant à leur dangerosité, et leur caractère plus ou moins prolongé.

A partir de cette analyse descriptive souvent pertinente, on s'est interrogé sur l'étiologie possible de tels troubles. C'est

encore dans une optique médicale que de telles interrogations s'exprimeront tout d'abord à la recherche d'une lésion organique ou d'un germe responsable d'un tel trouble psychologique.

D'ailleurs le tréponème syphilitique, qui se trouvait à l'origine de certaines perturbations mentales, fut largement et abusivement exploité dans ce sens.

Les découvertes psychanalytiques provoquèrent une révolution dont on ne soulignera jamais assez l'importance quant à la conception du fonctionnement psychique. Les troubles psychiques ne sont plus référés uniquement à des lésions organiques dont ils ne seraient que des épiphénomènes. Le fonctionnement psychique peut et doit être étudié dans son registre propre. Il possède une structure dynamique régie par des lois spécifiques. En particulier, les mécanismes de refoulement instaurent un domaine de l'inconscient dont les lois d'organisation interfèrent constamment avec le registre conscient, permettant une compréhension nouvelle des phénomènes psychiques normaux et pathologiques.

Dans cette nouvelle perspective, l'entretien clinique deviendra attentif au contenu latent derrière le contenu manifeste, aux équilibres plus ou moins stables entre des forces en compétition (pulsions et défenses) qui vont s'organiser en symptômes, mais aussi en traits de caractère, en modes de comportements, infiltrant même les choix de valeurs des personnalités en cause.

De plus cette organisation dynamique étant appréhendée par un autre psychisme, celui du psychologue, ayant lui-même sa propre organisation interne, il s'ensuit que l'entretien clinique va se situer obligatoirement dans une perspective relationnelle où deux personnes se trouvent engagées avec leur conscient et leur inconscient.

La prise en compte de ce qui se joue dans l'interrelation est essentielle. Il devient évident que l'un des partenaires n'a pas affaire à la réalité de l'autre, mais à la représentation qu'il s'en fait, d'où l'intérêt porté au transfert du sujet et au contre-transfert du clinicien. Ces phénomènes, qui pouvaient apparaître au départ comme des artefacts gênant une juste perception du psychisme du sujet, vont rapidement apparaître comme des outils donnant des indications précieuses sur le mode de fonctionnement psychi-

que du sujet. On voit aussitôt que l'apport diagnostique s'assortit ici d'une possibilité thérapeutique puisque la rectification des gauchissements transférentiels, rendue possible par l'interprétation qui en est faite, deviendra l'un des meilleurs instruments du traitement.

Mais la possibilité d'une juste interprétation exige qu'un travail parallèle de rectification du contre-transfert ait été effectué.

Dans une telle perspective, il devient beaucoup plus difficile de tracer une frontière précise entre le normal et le pathologique ou de proposer un modèle absolu de normalité qui pourrait servir de critère de guérison.

Dans une telle perspective dynamique et face au double danger que constitue un monde pulsionnel encore non maîtrisé et un monde extérieur parfois gratifiant – mais parfois aussi menaçant ou empêchant –, chacun instaure nécessairement un système de défenses qui peuvent être chez certains massives, rigides, stéréotypées et répétitives, chez d'autres plus mobiles, plus souples, plus riches de possibilités multiples et donc plus adaptées. Les premiers seront dits «névrosés», les seconds «normaux», mais c'est d'une différence de degré dont il s'agit et non plus de «nature».

Même le fou ne sera plus ce séparé à exclure qu'il était autrefois et que l'on hésitait même à garder dans la catégorie de l'«humain». On sait les états intermédiaires dits états limites, les secteurs psychiques «normaux» des psychotiques et les «moments psychotiques» que peuvent présenter les sujets les plus normaux, tels en particulier qu'on peut les voir émerger au cours de certaines analyses. Sans aller jusque-là on peut constater l'existence de secteurs quasi-psychotiques dans le registre amoureux ou familial, par exemple chez des sujets ayant par ailleurs une vie sociale et professionnelle strictement normale.

Point n'est besoin d'ajouter que cette nouvelle compréhension des choses va situer l'entretien clinique dans un cadre de référence fondamentalement différent de ce qu'il était auparavant.

Depuis Freud ce cadre de référence a subi certains développements qu'il est intéressant de situer.

Avant d'en évoquer les principales orientations, il faut mentionner l'incidence parallèle de l'introduction des traitements chimiothérapiques. Cette possibilité thérapeutique avait d'ailleurs été évoquée par Freud lui-même au début de ses recherches

(cf. ses travaux sur la cocaïne) Mais c'est après la dernière guerre qu'il faut situer leur découverte et leur utilisation importante dans le traitement des affections psychiques. Leur effet apparaît comme essentiellement symptomatique, atténuant et, à la limite, faisant disparaître les symptômes. L'évolution des idées au cours de ce siècle a souvent entraîné des conflits d'école qui tendent actuellement à s'atténuer. Il paraît d'ailleurs plus intéressant d'analyser l'interaction de ces deux courants thérapeutiques et de préciser leur incidence sur la problématique de l'entretien clinique.

Il est certain que l'atténuation des symptômes a souvent permis en fait d'engager un traitement psychothérapique et d'éviter une longue période d'internement avec les conséquences aliénantes qui en découlent.

Inversement on a pu mieux comprendre et situer les incidences psychiques de l'utilisation des médicaments en raison de leur valeur symbolique : médicament comme bonne ou mauvaise nourriture, avec tout ce que cela peut comporter, dans la relation qui s'instaure entre le patient et le clinicien, de projections transférentielles bénéfiques ou persécutives.

Dans la suite et le prolongement des perspectives freudiennes il faut situer l'œuvre de Carl Rogers, qui à la fois se réclame et se démarque de la psychanalyse. Cette œuvre nous intéresse tout particulièrement dans la mesure où elle est précisément centrée sur l'entretien clinique et propose une théorie fondée sur le vécu concret de la relation. C'est sans doute pour cette raison qu'elle fut pendant toute une période une référence essentielle dans le monde des « techniciens des relations humaines » : psychologues, travailleurs sociaux, animateurs de groupes, etc.

La démarche de Rogers est originale et comporte une double polarité :

– importance de l'expérience immédiate et vécue dans ce qu'elle a de plus personnel;

– exigence d'objectivité, d'universalité, de vérifiabilité.

Ces deux aspects paraissent a priori peu conciliables. Rogers pense cependant qu'ils peuvent parfaitement coexister sans compromission. Pour lui, l'expérience subjective, dégagée des préjugés et des cadres intellectuels préfabriqués et déformants, confrontée avec l'expérience subjective des autres (intersubjectivité) est

le meilleur garant de l'objectivité. De ce fait aussi, il pose d'emblée le caractère indissoluble de la recherche et de l'action.

A travers ses principaux ouvrages, Rogers met en place une théorie de la personnalité et de son développement d'où découle une conception originale de l'entretien clinique et de ses possibilités thérapeutiques.

La notion de «développement» (growth) en constitue le pivot central. C'est une tendance actualisante que possède chaque individu; elle est universelle et innée. Comme on le voit, la théorie de la personnalité n'est pas fondée sur le conflit, mais sur la notion d'une tendance à l'épanouissement qui se développe naturellement si elle ne se trouve pas entravée par des obstacles extérieurs. Elle est capable de régulation spontanée qui lui permet d'ajuster cette tendance actualisante aux buts qu'elle se propose et donc de réorganiser sa conception du moi (croissance organismique).

Cette tendance naturelle à l'épanouissement est aussi tendance à la communication avec autrui.

Aussi la pratique de l'entretien clinique et les conséquences thérapeutiques qui s'ensuivent vont-elles favoriser le libre accès à l'expérience vécue, c'est-à-dire aux sentiments que l'individu éprouve à l'état naissant et qu'il s'agit de découvrir. La psychothérapie, dit Rogers, consiste à libérer une capacité existant déjà dans l'individu considéré comme compétent en puissance, et n'est pas la manipulation experte d'une personnalité plus ou moins passive. La thérapie n'est pas un changement ex nihilo introduit par le thérapeute, elle ne fait que favoriser et faciliter un processus de changement spontané propre au sujet. Mais cette tendance naturelle à l'épanouissement peut être favorisée ou, au contraire, entravée par l'entourage. En effet, l'apparition du moi conscient va de pair avec le besoin d'attention positive de la part d'autrui. C'est celle-ci qui donne naissance à un besoin d'attention positif pour soi-même. De là découle toute la théorie de Rogers concernant le processus de désadaptation et de réadaptation psychologique.

L'autrui significatif peut influencer le processus d'évaluation propre de l'individu. En effet, autrui ne valorise pas inconditionnellement l'expérience de l'individu, mais la valorise de manière sélective. Il se produit alors ce que Rogers appelle des «condi-

tions de valeur» en raison de l'attention positive à certaines valeurs du sujet et non à d'autres.

Entre la valorisation de son expérience propre, totale, organismique, et la valorisation conditionnelle par autrui, il peut se produire un écart : «incongruence». C'est cet écart qui, s'il est trop grand, devient pathogène. C'est cet écart qui est à l'origine de l'aliénation fondamentale de l'homme. Il n'a pas été fidèle à son processus organismique de valorisation. Pour préserver l'attention positive d'autrui il a falsifié certaines des valeurs de son expérience. Le chemin du développement vers la maturation psychologique, le chemin de la psychothérapie consistent à défaire cette aliénation, à dissoudre les conditions de valeur, à permettre la construction d'un moi congruent avec l'expérience et la restauration d'un processus organismique unifié de valorisation.

On comprend que le processus de restauration va consister dans une attention positive inconditionnelle au sujet, «unconditional positive regard», lui permettant à son tour cet «unconditional self regard» qui le conduira à accepter son expérience totale telle qu'elle est, ses valeurs propres telles qu'elles sont, et donc de réduire l'écart entre son moi et son expérience.

D'où l'orientation non directive de la clinique rogérienne, la reformulation des propos du client afin de lui permettre de saisir ses propres valeurs et la compréhension empathique en tant qu'attention positive inconditionnelle, qui va favoriser cette nouvelle attitude. Rogers postule que, si cette perception de soi n'est pas falsifiée ou s'est trouvée rectifiée dans le travail psychothérapique, la régulation et l'épanouissement se font spontanément.

Il y a, certes, dans la théorie et la pratique rogériennes un optimisme dynamisant qui en explique le succès. Peut-être y a-t-il aussi quelques illusions.

La première concerne la théorie de la personnalité. Il y a chez Rogers un certain rousseauisme : «L'homme est naturellement bon, c'est la société qui le corrompt» et, par rapport à cette position résolument optimiste, la position freudienne, qui pose au départ l'existence du conflit, paraît plus proche de l'observation clinique.

Par ailleurs, sur le plan pratique, Rogers dénie tout intérêt

au transfert où il ne voit qu'un artefact gênant dont le thérapeute doit se débarrasser en se présentant au maximum dans sa réalité, y compris celle des sentiments positifs ou négatifs qu'il éprouve pour son « client ». C'est une position cohérente avec sa théorie qui postule que l'aliénation pathologique de l'individu n'est due qu'à l'attention conditionnelle d'autrui. Si ce regard déformant cesse d'être tel, l'aliénation disparaît aussitôt.

C'est, malheureusement, ne pas tenir compte des processus d'intériorisation (introjection) qui font que l'autrui significatif reste « dedans » même lorsqu'il a disparu « dehors ».

C'est ne pas tenir compte non plus de ce que le sujet lui-même ayant intériorisé ces autrui significatifs risque de voir tous les autres, y compris le thérapeute, à travers ce prisme déformant (projection) même si le thérapeute se présente dans sa réalité et peut-être surtout si le thérapeute se présente dans sa réalité, car le sujet trouvera toujours le moyen de sélectionner dans cette réalité les aspects qui lui permettront de se conforter dans sa vision projective. Seule l'analyse de projection transférentielle qui, grâce à la neutralité de l'analyse, ne pourra plus s'appuyer sur sa soi-disant réalité, permettra une transformation en profondeur de cette vision déformée et déformante.

Nous ne ferons qu'évoquer rapidement la position de Lacan dans la mesure où globalement elle n'offre pas pour l'entretien clinique un cadre de référence théorique fondamentalement différent de celui proposé par Freud. Il faut cependant lui savoir gré d'avoir particulièrement attiré notre attention sur l'importance du signifiant ou de ce qu'on pourrait appeler la corporéité du langage et du rôle dynamique qu'il joue au niveau de notre inconscient. Un contenu psychique ne s'inscrit pas indifféremment dans n'importe quel mot. Il ne suffit pas au clinicien comme au patient de dire, mais aussi de trouver ou retrouver les mots pour le dire. Toutefois cet intérêt privilégié pour le langage nous semble entraîner chez certains une méconnaissance dommageable pour le registre non verbal et les modes d'organisation psychiques archaïques qui l'accompagnent.

Les recherches de l'Ecole de Palo Alto sur la « Nouvelle communication » partent d'un point de vue différent. Elles sont d'un grand intérêt sur le plan théorique, mais risquent, elles aussi, de tomber sous le coup des mêmes critiques.

Elles sont inspirées de modèles mathématiques, en particulier ceux de la *Théorie des groupes,* et ceux de la *Théorie des types logiques.* Elles tentent de montrer, en s'appuyant sur ces théories, que la plupart des obstacles à l'interaction et à l'intercommunication viennent de ce qu'on se meut souvent, pour résoudre un problème, à l'intérieur d'un système donné sans se rendre compte que la solution consisterait à sortir du système, telle la mouche qui ne peut sortir de la bouteille parce qu'elle se dirige inlassablement vers le fond, plus large et plus éclairé et non vers le goulot.

Situons rapidement ces deux théories afin de mieux comprendre l'application qu'en fait l'Ecole de Palo Alto dans le domaine clinique.

Un groupe se compose d'éléments qui ont tous une propriété en commun. Grouper les choses constitue l'un des moyens essentiels d'organiser notre perception et notre conception du réel. Sans ce travail ce serait le chaos. Mais cette ordonnance établit aussi une invariance. Toute composition d'éléments donne un élément qui fait lui-même partie du groupe, ce qui permet une multiplicité de changements à l'intérieur du groupe, mais empêche tout élément ou composé d'éléments de se placer à l'extérieur du groupe (l'addition d'un nombre entier à un autre ne donnera jamais qu'un autre nombre entier).

Ce que la théorie des groupes ne peut nous fournir, c'est un modèle pour les types de changement qui sortent d'un système donné. C'est alors qu'intervient la théorie des types logiques. Cette théorie s'appuie sur le concept de «collection d'objets» qui sont rassemblés par une certaine propriété qu'ils ont en commun. Les constituants de cette totalité sont appelés membres et la totalité porte le nom de classe. Mais ici, contrairement à ce qui se passe au niveau du groupe, «ce qui comprend tous les membres d'une collection ne peut être un membre de cette collection». Ainsi l'Humanité est la classe qui comprend tous les individus humains, mais *elle n'est pas* un individu. Ainsi ce qui peut être dit de l'individu ne peut pas toujours être dit de la classe et inversement. Il y a saut et discontinuité logique. C'est ainsi que le comportement économique de la population d'une grande ville ne saurait se réduire au comportement d'un individu multiplié par 4 millions.

Pour donner un exemple simple des impasses qui peuvent être la conséquence de la méconnaissance de cette discontinuité

des systèmes, on peut prendre celui de la conduite d'une voiture. Dans le système de la puissance thermodynamique réglée par l'accélérateur : plus on appuie sur l'accélérateur plus on augmente la puissance. Mais si la pente à gravir devient trop importante, le système ne fonctionne plus et la voiture cale (même si on s'énerve sur l'accélérateur). Il faut alors changer de système, c'est-à-dire changer de rapport de vitesse et accéder à un type logique plus élevé que l'acte d'accélérer.

Watzlawick et coll. résument ainsi leur théorie du changement : « La théorie des groupes nous fournit un modèle pour penser le type de changement se produisant à l'intérieur d'un système qui lui-même reste invariant. La théorie des types logiques nous fournit un modèle pour examiner la relation entre un membre et sa classe ainsi que la transformation qui constitue le passage d'un niveau logique à un niveau supérieur » (*Changements, paradoxes et psychothérapie,* p. 28). Ainsi, au cours d'un cauchemar, le rêveur a la possibilité de fuir, de se cacher, de se battre, de hurler (changement de type 1, à l'intérieur d'un groupe), mais pour sortir du rêve, il faut qu'il passe à l'état de veille (changement de type 2). C'est un changement de changement ou métachangement.

Sur le plan de l'entretien clinique, à visée diagnostique ou thérapeutique, le problème va être de repérer dans quel système un sujet, un couple, une famille fonctionne, et de dépister ainsi les impasses dans lesquelles ils se fourvoient parce qu'ils poursuivent un but dans un registre où il ne peut être atteint.

Watzlawick et coll. citent à ce propos un exemple tiré d'un roman de John Fowles, « The collector », où un jeune homme a enlevé une jeune fille dont il veut se faire aimer. Il la tient prisonnière dans une maison de campagne. Mais il crée ainsi une situation en impasse, car il souhaite qu'elle l'aime spontanément. S'il la relâche, il la perd; mais s'il la contraint, il n'obtient pas ce qu'il souhaite. Même si la jeune fille, sur sa demande, lui déclare qu'elle l'aime, il ne peut la croire, car il pensera que ce n'est qu'une ruse pour qu'il la remette en liberté. La laisser partir, c'est risquer une condamnation pour séquestration. Ainsi la solution du problème apparaît fermée de toutes parts, tout au moins dans le registre où elle est posée. Seule une démarche paradoxale, c'est-à-dire qui irait apparemment à l'en-

contre du but poursuivi, pourrait permettre de sortir de ce cercle, et d'accéder à un autre registre de problématique.

C'est dans cette optique que les défenseurs de cette théorie proposent des consignes paradoxales dont ils pensent qu'elles sont seules capables d'entraîner un changement. Nous en donnerons un exemple tiré du même ouvrage de Watzlawick et coll.

Il s'agit d'un jeune couple qui vient consulter. La femme estime ne pas pouvoir supporter plus longtemps l'extrême dépendance dont son mari fait preuve vis-à-vis de ses parents. Le mari en convient et souffre lui-même des cadeaux innombrables qu'il reçoit de ses parents, qu'il éprouve comme une dette intolérable. Mais s'il rejetait cette aide, il blesserait ses parents de la façon la plus cruelle. Les parents, qui vivent à plus de 2000 kilomètres de là, font quatre visites annuelles de 3 semaines chacune, visites que les jeunes en sont arrivés à redouter. Ce sont les parents, en effet, qui règnent sur la maisonnée. La jeune femme est bannie de la cuisine tandis que la belle-mère prépare tous les repas et achète des montagnes de provisions. Le père, lui, nettoie et entretient les deux voitures, tond le gazon, plante et taille les arbres. Quand ils sortent ensemble, c'est le père qui paye tout.

Ils ont essayé énergiquement d'établir un minimum d'indépendance. Leurs tentatives aboutissent à des scènes publiques ridicules lorsque la mère et la belle-fille, au supermarché, supplient la caissière d'accepter leur argent ou lorsque père et fils se battent pour mettre la main sur la note du garçon. Quand, pour se libérer d'une dette intolérable, ils ont envoyé un cadeau de prix, ils en ont reçu un autre plus cher encore. Ils sont ainsi pris dans une impasse où toute tentative de solution aggrave encore la situation.

Le thérapeute va alors donner aux jeunes époux une consigne paradoxale : lors du prochain séjour de leurs parents ils devront s'abstenir de nettoyer la maison, laisser s'accumuler le plus de linge sale possible, ne pas laver les voitures et laisser les réservoirs vides. La cuisine devra être laissée sans provisions, aucune réparation ne devra être faite et il ne faudra pas empêcher les parents de payer les provisions, notes de restaurants, places de théatre, mais attendre au contraire tranquillement qu'ils sortent leur portefeuille. Pendant le séjour la jeune femme laissera la vaisselle s'accumuler, le mari lira ou regardera la télévision pen-

dant que son père s'occupera du garage et du jardin. De temps à autre, il devra même jeter un coup d'œil dehors regarder où le travail en est et demander gaiement «Salut, papa, ça marche ?». Il leur sera surtout interdit de faire la moindre tentative pour forcer leurs parents à reconnaître qu'eux aussi ont droit à leur indépendance. Ils accepteront tout ce que les parents feront pour eux et ne les remercieront que très négligemment.

Le jeune couple eut beaucoup de peine à accepter ces consignes. Ils le firent cependant. Et quand ils revinrent deux semaines plus tard, ils déclarèrent que les parents avaient écourté leur visite. Avant de partir le père avait pris son fils à part et lui avait dit d'un ton aimable mais ferme que lui, le fils, et sa femme étaient beaucoup trop dorlotés, qu'ils s'étaient habitués à se faire servir et qu'il était grand temps qu'ils se comportent d'une manière plus adulte et indépendante.

On voit que, dans une telle optique, on ne se préoccupe nullement d'engager les parents et les enfants dans une compréhension de leurs propres problèmes en fonction, par exemple, du passé de chacun d'eux. L'intervention permet simplement de sortir d'un «système logique» en permettant aux parents de continuer à jouer le rôle de «bons parents», car c'est un rôle qu'ils n'auraient jamais abandonné. Mais au lieu de combler tous les désirs des jeunes époux, ils se sont donnés une nouvelle tâche parentale consistant à les sevrer.

Une telle position thérapeutique est, certes, séduisante, ne serait-ce que par l'économie de temps qu'elle comporte en regard d'une psychothérapie classique.

Il ne faut d'ailleurs pas nier que certains effets et certains changements se produisent à la suite de telles interventions. Il faut cependant apporter quelques nuances et quelques critiques. Là encore cette méthode néglige – et cela délibérément – la prise en compte de l'inconscient. Cette prise de position a, semble-t-il, plusieurs inconvénients. On constate tout d'abord que, même lorsque des changements se produisent, parfois spectaculaires, ils sont souvent de courte durée. On ne peut s'en étonner, car des «habitudes mentales» acquises de longue date ne se laissent pas si facilement dissoudre comme par enchantement, et, même lorsqu'un résultat rapide est obtenu, il est fréquent que le sujet retombe assez vite dans ses «frayages» ou ses ornières habituelles.

Mais, bien plus, ces modes de comportements gênants sont souvent liés à des processus tout à fait inconscients du sujet et pas toujours perceptibles au thérapeute pour cette raison même. C'est souvent au terme d'un long travail que certains « enchaînements » souvent complexes apparaissent aux yeux de l'intéressé et à ceux du thérapeute.

Citons-en un exemple : celui d'une jeune femme, constamment dépressive et qui jusque-là n'avait réussi qu'à constituer soit des liens assez stables avec des hommes qu'elle n'aimait pas, soit des amours passionnées et dévorantes pour d'autres, mais qui aboutissaient inéluctablement à des échecs.

Il a fallu que peu à peu apparaisse toute une problématique ancienne vis-à-vis d'une mère extrêmement frustrante sur le plan affectif pour commencer à comprendre que tout amour trop investi l'engageait dans un vécu de « manque » insoutenable qu'elle s'efforçait d'éviter, ou qui entraînait un cortège d'insatisfactions telles que la relation évoluait rapidement vers une rupture.

Les théories de l'Ecole de Palo Alto laisseraient supposer qu'il suffit de modifier l'équation du problème en changeant les modes de comportement du sujet avec son entourage sans tenir compte du fait que ses comportements sont depuis longtemps intériorisés, et cela inconsciemment, et que même si ses comportements sont modifiés ou qu'on intervient sur ceux de son entourage, il continuera le plus souvent à les vivre à travers le prisme déformant de ses projections. Les données extérieures auront changé, mais le vécu intérieur sera le même. Il est donc le plus souvent nécessaire d'engager tout un travail qui soit susceptible de modifier l'organisation psychique interne avec toutes les constructions fantasmatiques qu'elle comporte.

CHAPITRE III

Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique

par Béatrice MARBEAU-CLEIRENS

L'aspect clinique de l'entretien, c'est-à-dire chercher à aider autrui à s'exprimer, être disponible pour l'écouter, comprendre la complexité et la richesse de ses processus psychiques devrait se rencontrer dans tous les entretiens. C'est une aptitude difficile à acquérir; elle demande, de façon continue, un travail d'observation de soi-même, d'auto-analyse et de contrôle de soi.

Certains sont appelés en consultation, par exemple les parents d'un enfant examiné par un psychologue scolaire, d'autres viennent d'eux-mêmes chercher une aide; les uns et les autres possèdent toutes sortes d'inhibitions, d'hostilité et des attitudes diverses vis-à-vis des psychologues, ce qui les entraînent à des comportements parfois inadéquats à la situation et qui biaisent la pensée et les paroles. Mais, dans la relation duelle, chacun induit la pensée, les émotions et le comportement de l'autre. Pour que l'entretien soit le plus satisfaisant possible pour les deux partenaires, il est souhaitable de comprendre les principaux processus psychiques qui les touchent l'un et l'autre : l'identification, la projection, le transfert et le contre-transfert, la place des groupes d'appartenance des deux interlocuteurs dans leurs relations dans l'entretien.

1. L'IDENTIFICATION

1) *Compréhension empathique du client par le psychologue*

Dans un entretien clinique, c'est en rencontrant l'autre sur quelques points de similitude que l'on peut arriver peu à peu à le saisir par empathie. Parfois il faut un objet intermédiaire pour faciliter ce travail; cela peut être un jeu avec l'enfant, un problème professionnel avec un employé, de la pâte à modeler, un jeu de cartes, de la musique avec un psychotique. C'est en cherchant à pénétrer le sens du langage de l'interlocuteur, en employant ses mots, en se représentant son entourage et son passé, que le psychologue réussira peu à peu à sentir de l'intérieur les problèmes qui agitent l'interlocuteur, et il deviendra ainsi plus apte à lui parler un langage que ce dernier pourra recevoir, car sa personnalité est respectée. Un des aspects les plus délicats pour la compréhension de l'autre, c'est de ne pas entreprendre une identification active par rapport à lui, ne pas penser : « Que ferais-je à sa place ? », mais chercher à ressentir intuitivement sa sensibilité, c'est-à-dire imaginer : « Que pourrais-je faire si j'étais lui pour résoudre ce problème ? ». Pour cela il est nécessaire de prendre en considération les différences qui séparent le psychologue de son interlocuteur. Le sexe, l'âge, le milieu culturel, le statut social, le pays, la race, la profession, les traits de caractère, les aptitudes, la fragilité psychologique, les systèmes de défense, etc. Ce sont ces derniers qu'il faut savoir respecter pour ne pas les mettre en question en dehors d'un traitement psychothérapeutique régulier, car le sujet risque soit de s'écrouler, soit de se raidir, d'accentuer ses défenses et de s'opposer au discours du clinicien. Il est très important de respecter son appartenance à des groupes, même et surtout si la motivation de leur adhésion apparaît clairement névrotique, car elle joue un rôle de soutien narcissique, parfois indispensable pour le protéger d'une angoisse intolérable ou d'une décompensation. Si le psychologue ressent une vive opposition intérieure à l'égard du groupe d'appartenance de son interlocuteur, il doit contrôler au maximum ses réactions subjectives, qu'elles soient affectives ou intellectuelles.

Mais en outre c'est une occasion pour lui de chercher à comprendre en profondeur pourquoi son interlocuteur y adhère avec un tel investissement, ce qui lui permettra de prendre une distance à l'égard de sa propre implication personnelle et de réaliser une meilleure empathie avec l'autre.

Pour le clinicien il existe trois dangers principaux pour la compréhension de la psychologie profonde d'autrui : celui de s'identifier affectivement de façon active à l'interlocuteur, celui de s'identifier à une autre personne qu'à celle de l'interlocuteur, et, enfin, celui d'accepter de façon excessive son faux self.

Si le sujet parle d'un problème qui touche très personnellement le psychologue, celui-ci risque de s'identifier fortement à lui tout en projetant ses émotions personnelles; si son implication atteint un certain degré d'intensité, il peut devenir moins disponible pour percevoir les différents éléments qui font partie du problème du sujet et lui donnent son caractère particulier; il va sans doute alors perdre son aptitude à la disponibilité intellectuelle et affective par rapport à la personnalité de l'autre, par rapport à la question qui se pose, et à l'ensemble de l'entourage familial et professionnel de celui-ci. Par cette identification massive associée à une certaine projection qui rend l'autre analogue à lui-même, l'interviewer risque de transmettre à son interlocuteur une part de son émotivité et ainsi accentuer son angoisse, sa colère, sa révolte ou son état dépressif, par exemple; ou bien il va chercher à le surprotéger pour diminuer sa souffrance et ainsi le condamner à une dépendance affective infantilisante.

Le processus identificatoire produit un effet nocif quand le psychologue s'évade de la relation duelle du moment présent, lorsqu'il s'identifie non pas à son interlocuteur pour mieux le comprendre, mais à une personne de l'entourage de celui-ci. En voici deux exemples.

Un psychologue scolaire avait examiné une petite fille assez perturbée scolairement et affectivement dans sa classe de cours préparatoire. Dans un entretien avec la belle-mère de cette enfant elle apprend que le père avait divorcé quand l'enfant avait 18 mois; il avait trois enfants. Les deux aînés allèrent vivre chez leur mère, mais la petite dernière est restée chez son père qui vivait avec une femme qu'il épousa. La belle-mère adorait cette enfant et se faisait appeler «maman» par elle, tandis qu'elle éloignait la vraie mère qui d'ailleurs réclamait

assez rarement la fillette. Cependant le frère et la sœur aînée venaient régulièrement chez leur père et voyaient leur petite sœur. Celle-ci vivait donc dans un climat de filiation assez confus qui la perturbait. La psychologue scolaire voulait expliquer à la belle-mère qu'il était nécessaire de dire la vérité le plus rapidement possible à cette enfant. Elle s'est trouvée face à une femme qui voulait obstinément retarder ce moment-là et attendait que la fillette ait atteint 10 ans. La psychologue s'identifiait à l'enfant et parlait à cette jeune femme des problèmes que cela lui poserait, mais la belle-mère n'étant en rien convaincue ne parlait au contraire que des bénéfices que l'enfant en tirerait. L'entretien aboutit à un échec complet. Tous les discours de la psychologue ne s'étaient centrés que sur l'enfant qui n'était pas là, et non pas sur cette femme, son enfance, son passé, ses désirs les plus profonds, dont la connaissance aurait pu permettre de lui parler un langage qu'elle aurait entendu. La psychologue se rendant compte du désintérêt qu'elle avait manifesté à l'égard de son interlocutrice, la reconvoqua et apprit que cette femme ne pouvait pas avoir d'enfants, qu'elle avait été elle-même abandonnée par sa mère; elle put alors dialoguer sur un autre ton qui n'était plus celui du reproche culpabilisant, mais celui de la compréhension affective. Ainsi, au lieu de provoquer une attitude défensive et hostile, elle aida cette femme à faire tomber ses défenses, à ouvrir ses horizons et à changer de projet par amour pour l'enfant.

Le deuxième exemple est celui d'un homme de 30 ans, Wilhelm, qui demande conseil parce qu'il va se séparer d'une compagne avec qui il vit depuis 4 ans et qui est enceinte. La psychologue qu'il consulte s'est immédiatement identifiée à cette jeune femme qui va être abandonnée, pense-t-elle, au moment où elle a au contraire besoin de soutien. Elle défend immédiatement la jeune femme en remettant en question le client de façon froide, distante, voire même culpabilisante; elle pose des questions pour savoir s'il a pensé aux devoirs psychologiques et financiers qui s'imposent à lui et aux poursuites que peut lui faire cette jeune femme pour la reconnaissance de cet enfant. Elle n'avait pas pris le temps de laisser cet homme exposer combien cette histoire était difficile pour lui, comment il avait été manipulé par cette femme, qui connaissait les droits qui la concernaient beaucoup mieux que lui-même. Il désirait l'épouser depuis longtemps et avoir des enfants avec elle, ce qu'elle avait toujours refusé. Puis

elle supprima la prise de la pilule sans le lui dire, tout en affirmant au contraire qu'elle continuait la contraception. Quand il sut qu'elle était enceinte, il voulut l'épouser ou au moins reconnaître l'enfant; alors elle se mit à rire, laissant entendre que trois pères étaient biologiquement possibles, car elle avait eu des aventures avec deux autres hommes au moment de l'ovulation. Ainsi elle aurait un enfant sans père, et les trois hommes étant condamnés à verser de l'argent (selon la décision de la loi sur la filiation de 1972), sans souci financier. Cet homme souffrait autant dans son amour, dans son sentiment paternel que dans sa dignité d'homme et il venait chercher des lumières sur la meilleure attitude pour que cette femme le laisse voir cet enfant. L'identification immédiate de la psychologue à la femme enceinte qu'elle croyait abandonnée a rendu l'entretien extrêmement pénible pour cet homme qui s'est cru, au début, encore une fois rejeté par une femme. Se sentant incompris, il est allé consulter un autre psychologue. On remarque qu'il est essentiel, pour bien mener un entretien, de chercher à comprendre la personne présente, et non celle qui est absente, car c'est la personne présente qui vient consulter.

Une des difficultés les plus subtiles est celle de ne pas accomplir une empathie totale avec le client, c'est-à-dire, dans certains cas, de ne pas répondre complètement à la demande du faux self du client.

Winnicott (Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self, in *Processus de maturation chez l'enfant)* a mis en lumière la formation du faux self dans l'identification de l'enfant à sa mère. Il existe un faux self de nature défensive qui protège un vrai self. Pour se protéger des excitations brutales du monde extérieur le faux self est nécessaire dans le développement de tous les enfants et l'adaptation de tous les adultes à la vie collective. Il se forme dès le premier mois de la relation de la mère avec son nourrisson. Le geste du nourrisson exprime une pulsion spontanée et sa source en est le vrai self. La bonne mère s'adapte aux désirs omnipotents de son bébé, tandis que la mauvaise mère ne cesse de lui faire défaut au lieu de répondre à sa demande et lui impose son désir propre. Avec la bonne mère l'enfant prend confiance peu à peu en la réalité qui répond si souvent à son désir spontané. Il contrôlera l'un et l'autre par la suite. Quand la mère ne peut s'adapter aux désirs de son bébé, ou bien

celui-ci tombe malade, ou bien il se soumet complètement aux exigences de sa mère, puis accepte passivement celles de son environnement. Il étouffe en lui la spontanéité et le vrai self. Quand le faux self domine chez un individu, celui-ci ne songe plus qu'à répondre aux désirs de l'autre et à ceux de la société qui sont pour lui alors des exigences impératives; chez lui il ne s'agit plus d'adaptation ni d'identification réelle, mais uniquement de soumission. Un grand nombre de personnes ont étouffé ainsi leur véritable personnalité. Et nous rencontrerons cette passivité soumise à l'autre dans les entretiens. Si un sujet cherche à répondre de façon obéissante aux ordres de l'autorité en étouffant ses propres désirs, il va sans doute venir pour obtenir un conseil et l'appliquer aveuglément sans se poser de question. Ce sujet annule ses désirs profonds qui demeurent toujours en lui et qui se manifesteront un jour ou l'autre dans des actes manqués, des manifestations violentes, une maladie psychosomatique ou de la dépression. Ce qui est important, c'est de pouvoir rester à l'écoute de l'existence de ses désirs les plus enfouis et de ne pas répondre à cette demande de dépendance et de conseil auxquels le sujet veut obéir, mais qu'il n'est pas capable d'intégrer s'ils ne correspondent pas à sa demande la plus cachée. Ce que l'interviewer va chercher, c'est à saisir, sous l'apparence sociale de l'interlocuteur, ce qui demeure le plus authentique bien que le plus réprimé et qu'il est possible de faire surgir.

2) *Identification du sujet au psychologue*

Pour pouvoir prendre une distance par rapport à ses problèmes, pour les comprendre, les observer et les élaborer, le sujet trouve une aide considérable s'il réussit à s'identifier à l'attitude du psychologue, c'est-à-dire à son calme, à sa sérénité, et à son regard objectif sur l'ensemble du problème. Ainsi il sera en mesure d'apaiser plus facilement son angoisse et sa précipitation quand celles-ci se manifestent. L'intérêt que lui apporte celui qui l'écoute lui procure une gratification narcissique; si le sujet souffre de sentiments d'infériorité et d'abandon, en agissant de la même façon par rapport à lui-même, c'est-à-dire en jetant sur lui-même un regard plein de respect et d'intérêt, il va commencer à surmonter ses anxiétés douloureuses. D'autre part, en s'identifiant à l'attitude du psychologue qui respecte sa personnalité

et cherche à le comprendre, il va peu à peu au cours des entretiens prendre la même conduite à l'égard des autres, tenir compte de leurs besoins, de leur personnalité, avoir un regard moins égocentrique et plus large sur la complexité de la situation. Cette attitude psychologique peut se construire par exemple chez un père ou une mère d'un enfant perturbé, qui est externe ou interne dans une institution; ces parents ont des entretiens assez fréquents à propos de leur enfant avec le psychologue de l'établissement. Le sujet apprendra à tenir compte lui aussi, comme le fait le psychologue, du point de vue de son entourage familial et social; ceci lui permettra de mieux comprendre ses propres difficultés et de commencer à les résoudre.

Un certain nombre de personnes, souvent des adolescents dans un IMP, demandent un entretien et présentent des aspects fragiles et régressifs de leur personnalité. Ceux-ci vivent souvent des processus identificatoires teintés des caractéristiques de ceux de la position schizo-paranoïde[1], c'est-à-dire possédant une forte ambivalence. Il arrivera à celui qui mène des entretiens d'affronter une agression violente de son interlocuteur. Celui-ci s'ingénie à dévorer son temps, exiger un certain nombre de choses que le psychologue ne peut lui donner, à l'agresser avec violence, mais continue néanmoins à venir le consulter dès qu'il a un problème, pour pouvoir s'identifier à sa sérénité et à sa clairvoyance, chercher à prendre une certaine distance par rapport à ses conflits comme le fait le psychologue.

2. LA PROJECTION

1) *La projection des souvenirs et de soi-même*

La relation duelle est un des domaines de prédilection de la projection. Il existe une projection des souvenirs et des affects qui ne sont pas présents à l'esprit et cependant qui envahissent le champ perceptif et influencent le type de relation entre les êtres.

1. La position schizo-paranoïde selon Melanie Klein se place au début de la toute première phase du développement. Elle se caractérise dans la relation à l'objet par l'angoisse paranoïde et la prédominance du clivage. L'objet est vécu tour à tour comme tout-puissant dans sa générosité et sa protection ou tout-puissant par sa cruauté et ses pulsions destructrices.

Une jeune femme avait eu un entretien avec un psychologue pour résoudre un problème qui concernait son enfant. Elle gardait de ce contact un souvenir d'une grande tristesse, et son pessimisme à l'égard de l'avenir de son enfant s'était accru. Elle n'avait considéré les suggestions, les questions, les points de vue du psychologue que sous leur aspect négatif. Elle accentuait les risques d'échec au-delà des périls possibles. Après une longue réflexion sur les détails de cette scène il lui revint à l'esprit la tristesse de l'odeur de la pièce. Or il y avait un magnifique bouquet de pois de senteur sur le bureau. Il y a plusieurs années, ces fleurs avaient été déposées sur le lit de mort de son frère au mois de juillet et leur parfum s'était mêlé à l'odeur de la mort et à une image de désespoir et de renoncement. C'était l'odeur, non consciemment perçue, qui avait donné de cet entretien un aspect si négatif et si dépressif à cette jeune femme.

Les affects liés à une couleur, au sexe au son de la voix, à une démarche, à une spécialité professionnelle ou sportive, à n'importe quel détail qui touche une personne, au cadre où on la rencontre peuvent, soit créer des a priori à leur égard, soit suggérer une atmosphère affective chez l'un des deux partenaires de l'entretien ou encore stimuler l'éveil d'un transfert ou d'un contre-transfert.

La projection de soi-même sur l'autre constitue une barrière qui sépare le sujet de la compréhension d'autrui. La personne se répète en se projetant elle-même; la perception et l'écoute perdent alors leur fonction d'ouverture vers l'autre, car le sujet se voit lui-même partout. Certains agressifs pensent que les autres personnes sont hostiles, certains généreux que les autres sont bons, les gens honnêtes et travailleurs que les autres sont semblables à eux, etc. Il est nécessaire que le psychologue supprime cette attitude afin d'être entièrement disponible pour chercher à s'identifier à l'autre, pour comprendre ses conflits. Pour l'un et l'autre interlocuteur, la projection des souvenirs, des affects et de la représentation de soi-même, sont des oblitérations de la personnalité et des problèmes de l'autre. Si l'on arrive à les maîtriser, alors le clinicien devient capable de chercher et d'entendre l'autre, d'écouter et de parler son langage, de faire des propositions ou des suggestions qui peuvent avoir un sens pour lui. Ainsi cela permet à l'interlocuteur de percevoir la parole du clinicien comme une lumière pour éclairer l'obscurité de son

conflit, et une ouverture pour chercher à sortir de son enfermement, ou une suggestion pour une nouvelle direction dans sa recherche. Dans *De la projection* Sami Ali donne un exemple de cette attitude psychologique; il s'agit d'une cliente qui prend l'autre comme un analogon d'elle-même : «Je sais pourquoi je pose tellement de questions, j'agis avec vous comme je le fais avec moi-même. Je cherche à vous tourmenter comme je me tourmente. J'exprime à votre sujet les doutes que j'éprouve à mon égard, lorsque je vous interroge et que vous ne me répondez pas, je sens que vous vous opposez à moi de la même façon que je le fais à moi-même» (p. 108).

Lorsqu'une personne se trouve dans une situation difficile, il lui arrive de régresser et de retrouver cette attitude infantile : prendre ses désirs pour la réalité et les projeter sur l'interviewer. En voici un exemple : une femme vit un problème conjugal aigu avec un mari persécuteur qui détruit son équilibre psychologique. Elle va le quitter pour survivre, mais il veut garder leur petite fille. Elle demande un entretien pour parler de son problème; elle répète rapidement plusieurs fois : «Il faut que vous me disiez exactement ce que je dois dire à ma fille, pour que tout se passe bien». Elle attend le conseil magique avant même d'avoir exposé réellement son problème et les détails de la situation. Elle est très angoissée et elle régresse jusqu'à ce qu'arrivent dans son esprit les pensées infantiles de la réalisation hallucinatoire du désir, ce précisément qu'elle vient chercher dans l'entretien. Le psychologue devient alors pour elle la mère toute-puissante et magique qui, d'un coup de baguette, va transformer la réalité, comme si la psychologue partageait avec elle ce même monde.

2) *La projection comme moyen de défense*

On peut éviter un danger extérieur en se déplaçant dans l'espace, mais on ne peut fuir un danger intérieur; aussi a-t-on tendance à projeter les émotions et les pulsions dangereuses à l'extérieur pour s'en libérer. Ainsi par la projection un sujet expulse de soi et localise chez une autre personne des sentiments et des désirs qu'il refuse en lui-même. Par ce processus psychologique une perception interne non seulement devient externe, mais se transforme en la croyance qu'il s'agit là d'une réalité objective. Les images projetées sont des contenus conscients,

mais c'est un processus psychologique totalement inconscient qui produit la projection. Des projections de pulsions archaïques comme celles d'émotions plus tardives dans l'évolution se manifestent dans la relation duelle de l'entretien clinique.

Agalée, jeune femme de 25 ans, ne peut regarder en face les personnes avec qui elle a une conversation sérieuse ou un entretien approfondi. Elle baisse les yeux ou tourne la tête. Ce malaise et ce comportement expriment tout à la fois la projection des pulsions et celle de son surmoi. Animée d'une pulsion sexuelle réprimée, elle croyait voir dans le regard de l'autre un désir pour son corps et une pénétration visuelle et libidinale. Ainsi elle se sentait condamnée du plaisir que cela lui apportait dans son imaginaire. Paralysée par le souhait que les ondes de ses yeux stimulent la pulsion sexuelle de son interlocuteur, elle les détournait sans cesse. La projection sur autrui de son surmoi accompagnait celle de ses désirs. Elle avait peur du regard réprobateur de l'autre qui représentait pour elle le regard de son surmoi. Celui-ci condamnait ses pulsions les plus refoulées. Sa culpabilité profonde envahissait sa personnalité et lui faisait craindre la punition; le regard fait jouir, mais aussi il blesse, voire même il tue, c'est pourquoi elle parlait toujours les yeux baissés.

3) *L'identification projective*

La projection de la pulsion de mort[2] de la position schizo-paranoïde du bébé sur l'objet pour s'en libérer demeure toujours possible chez les adultes. Mais quand cette projection se manifeste, elle est toujours liéee à ce qui s'est passé dans les fantasmes de l'enfant à l'égard de sa mère qui était apparue alors comme la mère terrifiante et destructrice de son tout jeune âge. En raison de cette relation du passé, nous aborderons cette question en traitant du transfert.

La même situation se retrouve dans l'identification projective. Lorsque les pulsions agressives de l'enfant sont projetées sur la mère, il va ensuite s'identifier à cet objet, qu'il perçoit alors comme un persécuteur. Lorsqu'il projette ses pulsions

2. Dans la position schizo-paranoïde, l'enfant projette la pulsion de mort sur sa mère pour s'en libérer, mais elle est vécue alors comme un persécuteur.

destructrices, c'est pour s'en débarrasser, contrôler le mauvais objet ou le détruire. D'autre part les bonnes parties du moi sont projetées pour les préserver du mauvais objet interne. Tous les bébés vivent ce système de défense, mais il peut être aussi vécu par les enfants plus grands et même les adultes : quand l'enfant agresse un psychologue lors d'un examen psychologique ou lorsqu'un adolescent agresse un éducateur dans une institution spécialisée, il arrive souvent que l'enfant ou l'adolescent ait projeté sa pulsion de mort destructrice sur le psychologue ou l'éducateur. Puis il s'identifie à lui, l'agresseur imaginaire, pour s'en défendre. On retrouve dans cette identification projective la projection de ce que l'on détient en soi et l'identification à l'agresseur.

Un patient qui avait demandé un rendez-vous arrive en retard parce qu'il avait prolongé le temps qu'il consacrait à ses occupations personnelles, qui l'intéressaient. Il proteste auprès du psychologue en disant que celui-ci a un air sévère et réprobateur et il se justifie avec violence contre une admonestation qui aurait pu lui être avancée. En fait le psychologue avait gardé le sourire et n'avait prononcé ni pensé aucun reproche. Le patient avait projeté les reproches de son surmoi sur celui qui l'attendait. Peut-être avait-il provoqué ce retard afin d'être réprimé; pour attirer l'attention et être jugé, voire persécuté plutôt que de passer inaperçu; peut-être cherchait-il à revivre une situation libidinale de pénétration agressive sur un mode symbolique. L'aspect libidinal sous-jacent de ce retard volontaire accentue de beaucoup la culpabilité du client, ce qui donne aux reproches surmoïques une tonalité plus intense, plus pénible, dont le sujet veut se libérer en le projetant sur le psychologue; puis il s'identifie à sa sévérité fantasmatique pour s'en défendre.

Il est souhaitable que le psychologue perçoive le mécanisme psychologique de cette agressivité défensive pour ne pas en être blessé et pressentir ainsi les tendances latentes qu'elle exprime. Ce processus psychologique de projection de l'agressivité surmoïque sur l'autre est souvent celui qui pourrait expliquer l'attitude hostile de certaines personnes à l'égard de la psychologie ou de la psychanalyse. Ces sujets, après avoir projeté leur animosité sur eux, s'identifient à leur représentation imaginaire du psychologue pour pouvoir s'en défendre en l'agressant.

3. LE CONTRE-TRANSFERT

Le contre-transfert est l'ensemble des réactions inconscientes du clinicien à la personne de son interlocuteur, et plus particulièrement au transfert de celui-ci. Le contre-transfert est une réponse au transfert du sujet; ils s'influencent mutuellement et le contre-transfert peut aller jusqu'à fixer le transfert dans une attitude régressive, répétitive.

1) *La sérénité*

– L'anxiété à l'égard du problème de l'autre. – Celui qui vient consulter ou qui a été convoqué vient parce qu'il a ou pose des problèmes. Il est nécessaire que celui qui mène l'entretien puisse faire face à ces problèmes avec sérénité; s'il ne peut les affronter avec calme, comment fera-t-il, celui qui y fait face tout le long du jour : il ne pourra plus que les occulter, régresser ou en projeter la totale responsabilité sur les autres.

S'il sent que le clinicien s'inquiète, que son cas est grave, peut-être irrémédiable, son anxiété, ses symptômes, ses problèmes familiaux ou professionnels peuvent s'accentuer; il peut renoncer à les combattre efficacement. Si le psychologue s'inquiète au point que l'interlocuteur s'en aperçoive, c'est peut-être que ses craintes sont très réelles : il est vraiment persécuté par son supérieur hiérarchique et il va alors accroître ses revendications défensives; ou bien, s'il a des idées de suicide, c'est parce qu'elles correspondent à son destin psychologique : cette idée risque d'amoindrir son système de défense et de le pousser à une tentative de suicide. Si son inconscient l'incite à agresser un substitut paternel, il peut aggraver les actes de sa névrose d'échec pour faire souffrir celui qui mène l'entretien, en augmentant son anxiété qu'il perçoit. Le patient a le besoin de sentir le clinicien impavide, afin de s'identifier à lui, de prendre une certaine distance par rapport à ses problèmes pour pouvoir les affronter et surmonter sa crise. Si le consulté ne peut maîtriser sa crainte, qu'il aille voir un spécialiste : un psychiatre, un psychanalyste, un psychologue, pour voir clair sur les difficultés du cas et pour voir clair en lui-même afin de prendre les décisions indispensables si nécessaire. Cette anxiété peut venir aussi d'une

identification à l'interlocuteur ou d'un contre-transfert éveillé par ses paroles. Il est nécessaire alors qu'il s'auto-analyse.

– Préoccupation excessive d'un bon et rapide résultat. – Cette préoccupation excessive vient d'un désir de pouvoir sur l'autre, ou de confirmation de son statut professionnel ou hiérarchique. Elle naît souvent d'un sentiment d'infériorité qui a besoin d'être compensé par des réussites rapides, ou bien encore d'une insécurité professionnelle qui cherche à se protéger de la même manière. Malheureusement ce besoin de rapidité agit nocivement pour le but recherché, car il bloque l'évolution de l'interlocuteur. Ainsi le psychologue refuse d'accepter la difficulté d'évolution psychologique du sujet. Croyant lui faire comprendre ses problèmes plus vite, il peut apporter des interprétations trop profondes, inaccessibles pour l'interlocuteur; celui-ci va s'en défendre en augmentant ses défenses par de la rigidité et de l'agressivité, ou peut-être par un passage à l'acte. Certains conseils apportés trop rapidement, assez autoritaires puisqu'ils ne tiennent pas compte de la rigidité de l'autre, ne peuvent être entendus aussi vite et découragent ou culpabilisent le client. Le clinicien n'a pas été suffisamment disponible au langage ni aux possibilités d'évolution de son interlocuteur, il parle selon ses désirs personnels ou selon son identification à l'autre. Emporté par sa subjectivité et son anxiété de la réussite, il a freiné ses aptitudes à bien mener un entretien.

– Le respect rigide d'une technique. – L'insécurité intérieure de celui qui mène un entretien peut le pousser à appliquer aveuglément une technique ou une habitude de travail sans s'adapter aux besoins ou à la demande de l'interlocuteur. Un supérieur hiérarchique, pour comprendre un problème dans une équipe, ne pouvant sortir de sa méthode de travail, par insécurité et manque de souplesse, se contentera de donner des directives sans comprendre que dans ce cas précis elles sont psychologiquement inapplicables. Un psychiatre ou un psychologue voulant appliquer la méthode rogérienne le mieux possible cherche à être non directif et va répéter systématiquement les derniers mots de la phrase de l'interlocuteur. Ce qui est souvent un bon moyen de faire approfondir la pensée de l'autre, appliqué avec rigidité, peut devenir un mur de non-communication infranchissable.

Il arrive qu'un psychologue applique une technique ou une méthode de travail avec rigidité pour se déculpabiliser de l'échec de l'entretien; toute la responsabilité de cette absence d'efficacité est projetée sur l'autre, puisque, lui, il a parfaitement appliqué, croit-il, la bonne méthode. Parfois, le psychologue, fier de ses connaissances, peut vivre l'application de sa méthode avec un certain sadisme qui rassure son insécurité intérieure par un sentiment de supériorité et de domination. L'un et l'autre sont illusoires puisque le but dans l'entretien n'est pas atteint et que les conséquences de cette rigidité aboutissent à un échec. Le manque de souplesse à l'égard d'une technique se présente comme une béquille pour rassurer le psychologue par rapport à ses problèmes personnels, qui sont souvent réveillés par le transfert du client ou par une identification trop accentuée du clinicien à son interlocuteur. Une autre manière de fuir l'anxiété suscitée par les problèmes du client est de se fixer sur un détail concret et non pas sur les problèmes profonds : par exemple un employé se fait congédier de son travail pour la troisième ou la quatrième fois en raison d'inexactitudes, de fautes d'inattention qui ont des conséquences professionnelles assez sérieuses. S'il consulte un clinicien ou un psychologue ou un orientateur professionnel qui veulent éclaircir les problèmes de ces échecs, ils peuvent dans certains cas, pour se protéger de leur contre-transfert, se fixer sur des questions d'indemnités de licenciement qui permettront d'éviter les problèmes les plus profonds du client, par exemple la racine de sa névrose d'échec ou la difficulté de ses relations avec un supérieur hiérarchique quel qu'il soit.

Ainsi il est souhaitable d'acquérir une sérénité intérieure qui permette de faire face aux problèmes de l'autre sans anxiété, d'accepter le rythme d'évolution de l'interlocuteur et de ne pas avoir besoin de se protéger par la rigidité d'une technique.

2) *La bienveillance*

Maurice Bouvet[3], en accord avec Nacht, insiste sur la bonté nécessaire au psychanalyste. Nous pensons que le même état intérieur est indispensable à celui qui mène un entretien clinique. Une identification active, une empathie semble indispensable

3. Bouvet Maurice, « Le Transfert », in *Oeuvres Psychanalytiques*, Tome II, p. 199.

pour comprendre autrui et percevoir ses états psychiques, préconscients et inconscients. Cela ne veut pas dire se montrer bon. En outre cette sympathie bienveillante favorise l'acceptation de l'agressivité du patient et permet d'en percevoir la signification profonde. Parfois un individu est antipathique par ses actions passées ou son contact présent; cependant cette sympathie bienveillante est absolument indispensable pour comprendre l'autre et se permettre d'ouvrir ses propres horizons, sa propre pensée. Un individu, quel qu'il soit, qu'il nuise par ses actions et ses erreurs de travail aux responsabilités professionnelles de celui qui mène l'entretien, qu'il soit un révolutionnaire ou qu'il soit un criminel, possède une cohérence dans ses processus psychologiques, par rapport à ses relations passées, ses pulsions et son environnement social. Tout en étant en total désaccord avec les actes de cet interlocuteur, il est nécessaire pour le comprendre d'avoir une sympathie bienveillante envers la complexité de ses processus psychiques et celle de son entourage, ce qui permet de laisser de côté ses propres certitudes. Quelquefois le psychologue trouve l'occasion d'en remettre certaines en question et d'assouplir ses a priori pendant ces entretiens, ce qui ne peut être qu'un enrichissement pour lui. Pour pouvoir mener des entretiens il faut s'être entraîné à mettre de côté ses propres certitudes afin d'être disponible pour la pensée de l'autre; cela est d'autant plus indispensable que souvent une supériorité hiérarchique ou une compétence approfondie dans un domaine sclérose l'écoute du clinicien, qui s'appuie sur son statut ou sa spécialité pour se persuader qu'il croit tout savoir, qu'il a souvent toujours raison, ce qui gratifie son narcissisme et ne lui permet pas de mener des entretiens valables et approfondis.

Il est préférable que cette aptitude à la bienveillance nécessaire pour l'écoute de l'autre, provienne d'un désir tout à fait maîtrisé. Le psychologue souhaite être la bonne mère, le bon père en opposition à l'imago de la mauvaise mère et du mauvais père; parce que les racines de cette motivation plongent dans son passé, il ne doit pas mener un entretien pour contenter ses besoins personnels, mais pour être utile au client; or trop de bonté peut être gênante pour lui. Il ne s'agit pas non plus de combler les désirs pulsionnels de l'enfance du patient par des satisfactions substitutives qui débordent la fonction de celui qui mène l'entretien; de même, il serait nuisible de toujours suppor-

ter des comportements agressifs, comme des retards, des absences, ou en acceptant des rendez-vous en dehors des heures de travail ou des coups de téléphone intempestifs chez soi à des heures très tardives, etc. Ces attitudes, semblables à celles de la mère à l'égard du tout petit enfant, favorisent l'infantilisation de l'interlocuteur et son manque de contrôle. Il serait utile pour le psychologue d'analyser son contre-transfert, de comprendre pourquoi il réagit ainsi à la demande et sous la conduite de son client:

– A-t-il eu des pensées ou des actes agressifs à l'égard de quelqu'un dans son passé, blessures qu'il cherche à réparer par un comportement de bonne mère ? Mais en fait c'est une répétition de cette hostilité puisque ce comportement à l'égard du client est nocif en profondeur pour lui.

– Est-ce une identification au client avec un désir archaïque de maternage et de régression ?

– Est-ce un désir narcissique de supériorité ? : « Moi je peux tout donner, et tout accepter, ainsi je suis supérieur », processus psychique qui se rapproche du sadisme, qui permet de trouver du plaisir en écrasant l'autre qui est inférieur.

– Est-ce une réaction auto-punitive, masochiste, qui rend la vie professionnelle et personnelle épuisante, avec comme seul réconfort celui de se trouver héroïque ?

Il y a un dévouement qui est indispensable dans des cas de crise, mais il y en a un autre qui est préjudiciable. Ce qui peut apparaître au premier abord une attitude de bonté peut être un désir de domination qui écrase l'autre.

Nous prendrons comme exemple, pour illustrer cette bonté gênante pour l'autre, une mère qui prend rendez-vous avec une psychologue parce que son enfant a des problèmes scolaires. Il a des problèmes aussi bien dans son comportement que dans l'apprentissage des connaissances et elle sait par des examens psychologiques antérieurs que l'enfant a une intelligence nettement au-dessus de la moyenne. Cette psychologue d'âge mûr la reçoit avec un air très protecteur, comme si la mère vivait des problèmes dramatiques et venait chercher des consolations et de la protection. Or il s'agissait d'une personne intelligente et autonome qui voulait une aide d'un psychologue compétent pour étudier le problème sous le plus grand nombre de ses aspects possibles et entrevoir les différentes décisions éventuelles qui

pouvaient être profitables pour son enfant. Elle supporta fort mal cette attitude surprotectrice qui lui sembla rendre dramatique le cas de son enfant, l'angoissa aussitôt, la rendit défensive dans l'entretien et moins disponible pour aborder le problème dès le début; d'autre part cela lui renvoyait une image d'elle-même comme faible et peu capable d'assumer les problèmes de sa vie familiale. Ne supportant pas cet état d'infériorité dans lequel la mettait la psychologue, elle a interrompu l'entretien pour aller voir quelqu'un d'autre. Cette surprotection, qui peut consciemment vouloir exprimer un désir d'aider, manifeste un besoin de supériorité et de domination nocif pour la sécurité intérieure et le sentiment d'autonomie et de jugement sur lui-même de l'interlocuteur. Pour se protéger de cette humiliation le patient va perdre sa disponibilité et sa clairvoyance à l'égard de son problème, ou devenir agressif par la parole ou son départ, afin de garder sa dignité. Le patient peut aussi répondre au désir inconscient du clinicien, régresser et devenir dépendant de lui, de ses conseils, vécus comme des ordres, et perdre ses possibilités de réflexion personnelle, ce qui est bien dommage.

3) *La haine*

Celui qui mène un entretien le mènera d'autant mieux qu'il aura lui-même bien compris et analysé les sentiments de haine qu'il aura refoulés; c'est ce qui permet de percevoir la signification agressive de quelques comportements, que ce soient des paroles en apparence gentilles, des silences, des sentiments hostiles non formulés. La connaissance de ses propres pulsions agressives aide à l'acceptation des hostilités manifestes et à leur compréhension, ce que rencontrent de façon permanente ceux qui s'occupent des psychotiques et des personnalités anti-sociales.

Il est nécessaire que le psychologue maîtrise l'émergence de ses propres pulsions agressives de la position schizo-paranoïde quand le patient l'éclabousse de la sienne. Il peut menacer le clinicien, car il le perçoit comme un persécuteur par projection de ses pulsions destructrices. Winnicott écrit : « Le malade cherche de la haine objective ou justifiée, il faut qu'il puisse l'attendre, sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut être à sa portée » (La haine dans le contre-transfert[4], p. 53). Il peut

4. In *De la pédiatrie à la psychanalyse.*

vivre une relation positive simultanément par ailleurs parce qu'il s'est libéré de sa haine dans l'entretien ou bien il pourra créer une relation positive avec le clinicien parce que celui-ci a pu supporter son agression sans le rejeter ni le détruire et il aura ainsi perdu une partie de son aspect terrifiant. Mais pour agir ainsi, maintenir sa fermeté, son calme et sa permanence, il est indispensable que le clinicien ne se sente pas menacé dans son inconscient par l'imago de la mauvaise mère fantasmatique, car celle-ci risque d'être réveillée par les projections persécutrices de l'interlocuteur.

Nous précisons qu'il s'agit d'agression verbale et non d'agression corporelle ou de destruction d'objet, qu'il est préférable d'enrayer si l'on ne veut pas stimuler les tendances destructrices et sadiques les plus archaïques de l'inconscient. Elles peuvent devenir réellement dangereuses chez les adolescents et les adultes parce que leur force musculaire se trouve déployée par l'émergence des pulsions refoulées.

4) *Le contre-transfert*

La parole de l'interlocuteur peut évoquer une situation passée que le clinicien a eue avec son père, sa mère, ses frères et sœurs, etc... Celui-ci peut inconsciemment réagir comme il l'aurait fait autrefois ou comme il aurait voulu le faire, mais alors il n'est plus disponible pour l'identification passive, l'empathie, qui lui permet de comprendre l'autre; il est emporté par sa propre subjectivité et devient inadéquat pour mener un entretien efficace pour le client ou pour lui-même.

Une psychologue scolaire, responsable d'une classe dans un lycée, reçoit le père d'un élève de troisième. Celui-ci, bien qu'il ait déjà redoublé une classe, avait dans toutes les matières des résultats très inégaux, parfois une bonne moyenne, mais souvent et même de plus en plus souvent, des résultats médiocres. Cette femme sentait que cet élève avait des aptitudes inexploitées parce qu'il n'arrivait pas à se concentrer; elle pensait qu'un changement d'attitude des parents ou des entretiens psychothérapeutiques avec cet adolescent lui permettraient de démarrer. Les professeurs trouvaient que le niveau baissait, que l'élève ferait mieux de quitter le lycée; le garçon était indifférent à tout cela. Le père venait pour dire qu'il souhaitait que son fils abandonnât ses

études parce qu'il y échouait, pour faire une formation professionnelle de menuisier. La psychologue scolaire répond qu'il a tout à fait tort de prendre une telle décision, qu'il ne pense pas au bien de son fils ni à son avenir. Le père, blessé par ce comportement, se durcit, n'a plus assez de confiance pour aborder les problèmes de son fils à la maison, comme le souhaitait cette jeune femme, ni pour envisager de changer d'avis. Cette jeune femme s'est bien rendue compte que son enthousiasme pour aider ce garçon à continuer à faire ses études lui a plutôt nui, et que son opposition violente à l'égard du père a été excessive et l'a empêchée de l'interroger, de l'entendre, et de lui parler un langage qu'il aurait pu recevoir ou accepter. Après réflexion, elle a pris conscience de son contre-transfert parternel sur cet homme qui voulait arrêter les études de son fils, comme son père l'avait fait pour ses frères. Son père, d'un milieu ouvrier, avait laissé ses deux filles faire des études puisqu'elles allaient se marier très jeunes et être prises en charge par un mari, tandis que ses fils devaient vite faire un CAP pour travailler et pouvoir fonder une famille. Elle est devenue psychologue tandis que ses deux frères, très aimés, ont été condamnés à faire un labeur dans lequel ils trouvaient fort peu de satisfactions. Elle se sent coupable de sa réussite et de sa chance et en veut profondément à son père de ses décisions. Ce sont ces sentiments qu'elle a revécus inconsciemment face à cet homme qui pensait faire arrêter les études de son fils. Le contre-transfert avait été si peu conscient qu'elle n'avait pas pu le maîtriser ni s'adapter à la pensée de son interlocuteur.

5) *Un des moyens pour comprendre l'autre*

Un acte manqué, une émotion contre-transférentielle autoanalysés sont des moyens de comprendre le client par une sensation affective très profonde élaborée par la réflexion. Michel Neyraut *(Le transfert,* p. 44-45) en donne un exemple : un patient raconte pendant une séance de psychanalyse une visite très ennuyeuse chez un ami qui parle en répétant toujours la même chose, le patient ne pouvant ni intervenir ni faire changer la conversation, ni parler. Il fait la même chose pendant sa séance, il parle en répétant toujours la même chose et le psychanalyste n'interprète pas, n'intervient pas, s'ennuie beaucoup comme

son patient l'avait vécu, et de la même manière que celui-ci n'avait pu partir, il ne peut interrompre la séance à l'heure habituelle, et dans une sorte d'acte manqué la fait durer beaucoup plus longtemps que d'habitude. Il s'auto-analyse et se rappelle sa mère lorsqu'il lui exposait ses petites histoires de camarades d'école, elle lui disait : « Mais mon enfant, tu ne m'ennuies pas, continue », sur un ton plein de lassitude. Il n'a pas voulu faire subir cette humiliation affective au patient; en s'identifiant à lui, il a compris, à travers son enfance personnelle, l'influence qu'avait pu avoir pour le patient l'indifférence affective maternelle.

Ce qui existe en psychanalyse se retrouve aussi dans l'entretien clinique. Il arrive qu'un psychologue réponde à la demande infantile de protection d'un patient, parce que celui-ci, par son appel et sa dépendance, stimule son contre-transfert maternant et protecteur. Répondre à la demande du patient gratifiera les désirs de maternage du psychologue, mais ne sera pas structurant pour le client, qui, au contraire, se fixera dans une attitude infantile. Très souvent, c'est par son auto-analyse personnelle au cours de l'entretien que le psychologue pourra sentir le comportement régressif du client à son égard.

4. LE TRANSFERT

Le transfert est la répétition d'une relation d'objet du passé à l'égard d'une personne présente. Il s'agit d'un processus psychique totalement inconscient. Une personne va vivre des sentiments, prendre des attitudes, ressentir des craintes, employer des moyens de défense et avoir certains comportements, comme elle les a eus dans son enfance ou sa jeunesse, avec certaines personnes de son entourage avec qui elle a vécu une relation très impliquante. Elle va déplacer cette relation sur une autre personne; c'est pourquoi son attitude sera souvent inadéquate et la communication risquera d'être biaisée, l'entretien inutile.

Freud a mis en lumière la puissance de la compulsion de répétition : elle apparaît « plus originaire, plus élémentaire, plus pulsionnelle que le principe de plaisir qu'elle met à l'écart ». (Au-delà du principe de plaisir, p. 64). Les répétitions ne se font pas à la lettre, mais elles se font par des équivalents sym-

boliques. Le transfert se manifeste dans la vie quotidienne et particulièrement quand le statut ou le rôle de l'autre l'éveille : par exemple le policier, le juge, l'examinateur rappellent souvent la sévérité paternelle; tandis que l'infirmier, le médecin, l'avocat évoquent les soins maternels; et dans la relation amoureuse, fréquemment, une grande partie de l'attachement œdipien est revécu et répété.

La situation de l'entretien clinique favorise particulièrement l'apparition d'attitudes transférentielles : en effet le clinicien est disponible pour l'autre, il l'écoute avec une neutralité bienveillante et l'accepte tel qu'il est; ils sont l'un et l'autre, en général, dans un lieu clos, avec un temps consacré pour leur entretien, et se trouvent ainsi protégés du monde extérieur; ces deux facteurs permettent la régression et l'apparition rapide du transfert.

Si l'interlocuteur a réclamé un rendez-vous pour obtenir de l'aide, pour lui ou un des membres de sa famille, sa demande peut éveiller en lui une attitude de dépendance analogue à l'attitude de l'enfant à l'égard de ses parents et avec elle toute une complexité émotive du passé : passivité, soumission, exigences, agressivité, etc. S'il a reçu une convocation du psychologue scolaire ou du psychologue d'un service hospitalier, ce peut être l'espérance, la méfiance, la culpabilité, etc. qui ont été vécues dans son enfance avec les représentants du surmoi. Le chercheur qui vient de l'extérieur et qui désire obtenir un entretien peut être vécu dans l'inconscient, par certains, comme un inquisiteur qui vient épier les relations interdites; quand l'entretien se passe dans un cadre institutionnel, les transferts par rapport à l'institution peuvent venir accentuer ou complexifier la relation entre les deux interlocuteurs.

Il est nécessaire de percevoir le transfert qui s'opère chez le patient pour lui permettre de le dépasser s'il fausse la relation, la rend inadéquate, et pour contrôler son propre contre-transfert qui peut répondre inconsciemment à la demande transférentielle de l'autre, l'entretien se trouvant biaisé par les pulsions inconscientes et leur répétition.

On peut étudier le transfert sous quatre de ses aspects principaux : le transfert positif, le transfert négatif, le clivage et la résistance par le transfert.

1) *Transfert positif*

Puisque dans le transfert le client sait inconsciemment faire jouer au psychologue le rôle des figures parentales, celles-ci ayant été aimées et craintes, le transfert sera toujours ambivalent. Nous allons séparer transfert positif et négatif pour faciliter l'exposé.

Le transfert positif est celui où la relation aimante pour un parent de l'enfance se répète et prend le clinicien comme substitut. Il est souvent nécessaire même au cours d'un entretien unique pour aller le plus loin possible, pour atteindre la visée souhaitée par l'un comme par l'autre.

Quand une personne perturbée dans une institution a de fréquents contacts avec le psychologue, lorsqu'un parent d'enfant handicapé a des entrevues avec le clinicien lors de ses visites ou quand il vient chercher son enfant, un transfert positif est nécessaire pour que le client continue son dialogue quand apparaissent des sentiments négatifs à l'égard de celui qui mène l'entretien.

Le transfert positif est efficace pour que la personne qui demande de l'aide puisse s'identifier à celui à qui il parle afin de prendre une certaine distance par rapport à ses problèmes, pour qu'il puisse s'observer lui-même, pour comprendre ses attitudes, ses comportements et ses émotions afin ensuite de les maîtriser.

Les caractéristiques du stade de développement de la libido peuvent se rencontrer dans des dialogues d'adultes. Une attitude du stade oral peut exister : la dépendance du bébé dans les bras de sa mère sera analogue à la confiance absolue qui permet de recevoir l'écoute et la parole du meneur de l'entretien comme un réconfort et une bonne nourriture. Une attitude anale peut permettre un entretien positif : on expulse ce que l'on a à l'intérieur de soi comme l'enfant donne son premier cadeau à sa mère dans son pot, et l'interlocuteur parle de ce qu'il y a de plus profond en lui avec peu de résistances. Les transferts œdipiens, eux aussi, favorisent la communication lorsque le client cherche à plaire, voire même à séduire celui qui mène l'entretien, en répondant à sa demande : en cherchant à s'exprimer, à souffrir, à comprendre, à élaborer et aussi à recevoir.

Le transfert positif dans son excès peut être nocif. Un transfert oral passif de dépendance peut fixer l'interlocuteur dans une attitude infantile où il ne se prend plus en charge, où il attend tout de l'autre, ce qui empêche toute possibilité de progression et de maîtrise. D'autre part si un sujet se laisse emporter par un besoin intense d'expulser tout ce qu'il a en lui, il peut être entraîné dans une diarrhée verbale où lui-même, comme le psychologue, risque de se noyer sans qu'il y ait aucune possibilité de réflexion ni d'élaboration. Quant à celui qui veut absolument plaire, peut-être va-t-il déguiser ses sentiments, pour être certain de n'être ni jugé ni rejeté, et toute authenticité est alors biaisée.

Nicolette a été élevée par une mère très tendre, mais dont les obligations professionnelles de traductrice, qui la faisaient beaucoup voyager, entraînaient de fréquentes séparations. En outre son père était très amoureux de sa mère, exigeait la disponibilité et la présence de celle-ci dès qu'il arrivait, pour compenser la souffrance des absences de sa femme. Si le père de Nicolette arrivait pendant que sa mère lui chantait une chanson, celle-ci s'arrêtait immédiatement et laissait sa fille. Cette enfant vivait successivement la grande tendresse et l'abandon, de façon très fréquente. En raison de ses absences professionnelles, sa mère mit Nicolette en pension à 6 ans, tout en lui consacrant entièrement une journée tous les 15 jours. Il est resté chez Nicolette un besoin de cette tendresse et de cette disponibilité dont elle a goûté la saveur, mais qu'elle n'a reçue qu'avec parcimonie, ce qui fut une source de souffrance et d'angoisse intenses. Ce besoin d'obtenir tout de l'autre, quand elle est dans une relation de demande, la fait régresser à la complète passivité du bébé qui vit une totale dépendance et confiance dans les soins que lui prodigue sa mère.

Nicolette est une femme qui assume ses responsabilités professionnelles importantes avec beaucoup de rigueur. Son transfert maternel archaïque n'apparaît que lorsqu'elle va demander un service personnel. C'est alors seulement qu'elle régresse au stade oral. Ce transfert positif a des conséquences nuisibles; en raison de son excès il l'oblige à retourner plusieurs fois voir le psychologue s'il n'a pas perçu cette attitude transférentielle de dépendance, qui se trouve en totale contradiction avec sa personnalité manifeste et ses responsabilités professionnelles.

2) *Le transfert négatif*

Le transfert négatif est basé sur toutes les formes de la haine : l'hostilité, la colère, l'esprit critique systématique, la peur du jugement négatif, du rejet, voire même de la persécution. Ce transfert est tout à fait nuisible quand il est non exprimé et non surmonté; il empêche toute authenticité dans la relation; l'approfondissement et la communication restent impossibles. L'entretien est inutile ou encore l'interlocuteur interrompt la séance avant qu'elle ne soit terminée.

D'autres sujets, par masochisme, vont accentuer ou faire durer la relation pénible, soit pour revivre une relation douloureuse de l'enfance parce qu'elle avait été fortement investie, soit par auto-punition pour rester fixés dans leur souffrance. Ces entretiens ne font que fixer la névrose du patient, si le psychologue ne déclare pas qu'il ressent l'attitude négative de l'interlocuteur pour lui permettre d'en prendre conscience.

Le transfert oral peut être aussi celui à l'égard de la mère destructrice de la position schizo-paranoïde, le patient en effet peut être terrorisé par la personne en face de lui, par ses interventions qui seraient une nourriture empoisonnée, et il parlera avec le moins d'implication possible pour que le clinicien ne puisse rien dire d'important qui risquerait de l'écraser. Pour les sujets qui vivent leur transfert au stade anal ils vont agresser le psychologue par un flot de paroles superficielles et non impliquées dans lequel le clinicien n'arrivera plus à voir l'essentiel ni à remplir sa fonction d'aide et de compréhension; ou bien ce sera son besoin de rétention qui dominera et ce sera par le silence qu'il manifestera son transfert négatif. Enfin, par son attitude et son comportement, ses absences, ses retards, certaines de ses exigences, le patient se comporte parfois de façon à revivre un Oedipe malheureux dans le transfert, en cherchant à se faire rejeter par le psychologue. Quand l'hostilité n'est pas formulée, il arrive fréquemment qu'elle se traduise par un passage à l'acte. Celui-ci est une décharge dans l'acte des tensions émotionnelles qui n'ont pas été verbalisées, en dehors de toute prise de conscience. Les sentiments refoulés s'expriment alors dans l'action. Le patient arrive en retard, il fait un bruit excessif dans la salle d'attente, entre de façon impromptue dans le bureau du clinicien

pendant une consultation. Ces comportements sont l'expression de l'ambivalence dans le transfert, ce qu'il est nécessaire que le psychologue comprenne pour que son attitude, ni agressive, ni défensive, mais réceptive et compréhensive, permette au patient de retirer quelque chose de positif de cette entrevue.

Anastasie a beaucoup souffert du divorce de ses parents, ni l'un ni l'autre ne l'ayant gardée chez eux en raison des difficultés psychologiques de l'un et des voyages professionnels de l'autre. Tout en leur restant extrêmement attachée, elle se sent agressive à leur égard. Sa relation avec son père s'établit particulièrement sur le mode de la querelle. Elle le critique continuellement et s'oppose à lui; alors il s'occupe d'elle et répond violemment; elle vit avec plaisir son pouvoir de l'importuner qui a la même valeur pour elle que celui de le séduire. Ainsi, tout à la fois elle exprime sa rancœur de ne pas vivre avec lui et son amertume du temps insuffisant qu'il lui accorde. Les mouvements d'humeur et la violence de son père à son égard représentent pour elle la preuve de l'attachement qu'il lui porte, preuve dont elle a besoin pour compenser son éloignement de la maison; en un mot elle l'affronte et s'oppose à lui pour entendre son autorité dont elle érotise la force et la domination. Hésitant pour l'avenir de ses études, son père lui propose, pendant son année de terminale, d'aller consulter un conseiller d'orientation, ce qu'elle accepte volontiers. Cependant, dès les premiers moments de l'entretien, elle critique les questions posées, le programme de tests proposés, déclare que cela ne sert à rien, agresse le psychologue, exprimant immédiatement un transfert paternel par ce comportement. Le psychologue n'est pas entré dans son jeu, n'a pas essayé de lui montrer les qualités de son travail pour la convaincre, ni l'intérêt professionnel qu'il lui portait. Il s'est contenté de déclarer dans une parfaite neutralité bienveillante, que ce travail d'orientation était fait dans son intérêt à elle et que, si elle ne souhaitait pas s'y consacrer, il y avait des adolescents sur la liste d'attente qui seraient heureux de son désistement. Immédiatement Anastasie s'est libérée de son attitude transférentielle, car elle n'a pas trouvé de réponse de culpabilité, d'autorité et d'amour blessé à son comportement agressif.

Il est indispensable que le transfert négatif soit exprimé et analysé, afin que le patient puisse percevoir que l'expression d'une hostilité qui a toujours été contenue n'est pas mortifère;

le clinicien est toujours en vie et continue à le recevoir : il sera alors possible d'élaborer et de maîtriser cette hostilité.

La peur de l'autre peut être la projection de sa propre agressivité sur lui, et c'est l'occasion d'en prendre conscience. Dans la vie, quand on agresse les autres parce qu'on a peur d'eux, on provoque toujours une réaction d'hostilité, qui vient confirmer les angoisses inconscientes, tandis que, dans l'entretien clinique, l'agression sera reçue par la neutralité bienveillante du psychologue qui va chercher à analyser cette attitude, ce qui peut permettre l'évolution du sujet, et lui faire comprendre sa relation avec son entourage.

3) *Résistance par le transfert*

Parfois le transfert, par son intensité ou sa permanence, empêche l'entretien de se poursuivre, pousse à la rupture ou à un passage à l'acte.

Le patient peut rechercher des gratifications pulsionnelles dans la relation d'entretien : ainsi il se complait dans la passivité et la dépendance, si le psychologue n'intervient pas et le laisse dans sa passivité; encore s'il agit à son égard comme on agit avec un enfant, en lui donnant des conseils répétés.

D'autres peuvent venir pour vivre le plaisir d'agresser, comme ils auraient souhaité l'avoir fait avec un frère, par exemple, pour avoir la satisfaction de dominer, d'écraser fantasmatiquement le clinicien. Le plaisir sadique devient si grand que le patient ne vient que pour cela et non pour éclaircir ses problèmes. Un patient, par exemple, ne viendra parler au psychologue d'une institution que pour exprimer son agressivité à l'égard de l'institution qui a pris en charge son enfant.

Dans les établissements pour adolescents et adultes, le transfert œdipien peut se transformer en sentiment amoureux, ce qui est une résistance à toute relation clinique possible, car le patient ne vient voir le psychologue que pour le voir, le toucher et espérer un rendez-vous en dehors du lieu de travail; il va jusqu'à fausser son discours pour séduire. C'est un moyen pour fuir ses problèmes et l'utilité d'un entretien clinique ou la préparation à un examen psychologique.

Certains sujets, pour se protéger de la douleur que leur inflige leur problème, s'en éloignent par l'intellectualisation ou

la rationalisation; ce processus psychique est d'autant plus employé qu'il a été une attitude valorisée par un être aimé dans son enfance.

Par exemple, un employé qui a des problèmes relationnels dans son travail, en consultant un clinicien va dévier son discours sur des questions politiques. Il agira ainsi à la fois pour se protéger de toute implication et se faire admirer par le clinicien, représentant l'image parentale qui admirait les connaisseurs de théories politiques.

Toutes ces résistances par le transfert peuvent se manifester dans un seul entretien mais elles apparaissent plus clairement encore quand les entretiens se répètent.

4) *Le clivage*

Dans la position schizo-paranoïde, Melanie Klein (*Essais de psychanalyse,* p. 347) a bien mis en lumière que le petit enfant possédait une imago maternelle clivée. Il est mû a la fois par la pulsion de vie et par la pulsion de mort; pour se libérer de cette dernière il la projette sur l'imago maternelle qui devient terrifiante, et une partie de la pulsion de mort qui demeure en lui prend la forme de l'agressivité à l'égard de ceux qu'il croit être des persécuteurs; sa libido est projetée à son tour sur la mère idéale pour conserver sa vie et celle-ci confirme son imago par des satisfactions gratifiantes qu'elle lui apporte. Ce clivage est nécessaire pour l'évolution de l'enfant, il pourra bénéficier de la tendresse de la mère sans en avoir peur s'il a projeté ses pulsions terrifiantes sur une autre imago. Cette position schizo-paranoïde existe très enfouie en chacun de nous, mais elle est d'autant plus présente que la perturbation psychologique est archaïque en particulier chez le psychotique où toute une partie de la personnalité est restée fixée à ce stade oral de l'enfant. Ainsi, en raison de l'aspect extérieur ou de détails du comportement, il peut se réveiller chez un pré-psychotique ou psychotique une imago de la bonne ou de la mauvaise mère qui l'amènera à réagir de façon qui peut paraître tout à fait inadéquate au psychologue. Les institutions où il existe une vie de groupe avec des personnes ayant des activités très différenciées stimulent l'apparition du clivage fantasmatique. Ainsi pour un enfant l'enseignant pourra être un persécuteur qui donne une nourriture indigeste tandis que

la psychologue sera la mère cajolante qui s'occupe de lui. A l'hôpital psychiatrique, les imagos peuvent être projetées sur deux cliniciens qui ont des fonctions différentes. Par exemple, le psychiatre qui donne des médicaments perçus fantasmatiquement par certains malades comme une mauvaise nourriture et qui interdit de quitter l'hôpital pourrait être vécu comme la mauvaise mère tandis que le psychologue qui écoute les discours les plus débridés du malade et n'impose pas de discipline serait la bonne mère toujours disponible pour le bébé. Ainsi le statut même du personnel éducatif ou des soignants peut provoquer des transferts très archaïques chez le patient. C'est dans les réunions de synthèse que les soignants et psychologues peuvent très clairement prendre conscience de ce qu'ils ressentent. Ils font l'objet des fantasmes archaïques de leur interlocuteur. Ce clivage est nécessaire pour que le malade puisse avoir des relations positives avec quelqu'un; pour cela il est utile de projeter la terreur éveillée en lui sur quelqu'un, tandis que le persécuteur fantasmatique, par sa neutralité bienveillante et sa patience inébranlable, apaisera les menaces fantasmatiques de l'imago de la mauvaise mère. Le malade ne donne qu'un aspect de lui-même à chacun et les soignants et les psychologues vont lui renvoyer ces différentes apparences de lui-même comme des parties morcelées, ce qui ne va qu'accentuer sa dissociation. C'est pourquoi la discussion d'équipe est indispensable dans un établissement, car elle permet de réunifier la personne dans l'esprit des soignants et, en particulier, chez le psychologue qui mène des entretiens avec le malade.

5. LES GROUPES D'APPARTENANCE ET L'ENTRETIEN

Chaque être humain appartient à des groupes divers : son sexe, son âge, sa race, sa nationalité, sa spécialité professionnelle, éventuellement son adhésion à un parti politique, à un syndicat, à une croyance religieuse, etc. Non seulement il fait partie inévitablement de groupes, mais en outre il a des attitudes conscientes et inconscientes à leur égard. Il peut les investir profondément ou s'y opposer, s'appuyer sur eux comme soutien nécessaire à son équilibre. L'appartenance à un groupe peut parfois combler le narcissisme d'une personne ou au contraire l'étouffer; il arrive

qu'un sujet se croit redevable ou au contraire coupable à leur égard.

L'appartenance à des groupes influence l'établissement du transfert comme celui du contre-transfert dans la relation d'entretien. Les représentations imaginaires des groupes auxquels les deux partenaires appartiennent ou auxquels chacun croit que l'autre appartient jouent un rôle sous-jacent. Elles peuvent faire obstacle à la communication ou bien favoriser un dialogue.

1) *Personnalité structurée par l'adhésion à un groupe*

Un grand nombre de personnes adhèrent à un groupe volontairement : groupe religieux, politique, syndical, professionnel, etc. L'individu y trouve une identité, l'estime d'autrui, la solidarité entre collègues, c'est-à-dire l'amour et la réassurance. Bien souvent il y accomplit une fonction qui lui attribue un certain pouvoir dont il est dépourvu par ailleurs. En outre le nombre de personnes dans cet ensemble organisé dont il fait partie donne une impression de puissance, car il possède la force de la quantité, de l'espace et du temps. Le groupe est plus durable que l'être humain; il garde son dynamisme après la disparition d'un de ses membres, et la fierté de chacun s'appuie sur les noms illustres de ses chefs, images de l'idéal du moi du groupe.

Cette adhésion à un groupe ou une croyance risque de donner à certains cliniciens la certitude de leur valeur, car ils pensent posséder la vérité. Ils auront du mal à entendre la parole du patient si elle est totalement opposée à la leur et prononceront difficilement un discours que l'autre pourrait recevoir.

Nous avons connu un clinicien athée de façon convaincue, très opposé à la religion catholique, qui avait décrété qu'un de ses patients était délirant alors qu'il était sincèrement catholique et participait aux cérémonies religieuses et aux pélerinages de sa paroisse, ce qui était pour lui d'un grand secours dans sa solitude morale; il adhérait simplement au mouvement collectif de la religion chrétienne. Il est souhaitable que le psychologue puisse prendre une certaine distance par rapport à ses options afin de pouvoir comprendre celles de son interlocuteur. L'adhésion à un groupe est parfois indispensable à la structure de la personnalité d'un patient; celui-ci pourrait se décompenser, si ce groupe

perdait brutalement de la valeur à ses yeux; il pourrait aussi perdre toute confiance envers le clinicien s'il percevait chez lui une incompréhension pour son engagement.

2) *Transfert sur un groupe ou une institution*

Pour Anzieu : « Le groupe serait par essence féminin et maternel » (*Le groupe et l'inconscient, p.* 182), il le décrit de façon démonstrative dans son observation des groupes de diagnostic. Un grand nombre d'individus investissent les groupes réels de la même manière. La communion d'intérêts, la solidarité apportent l'amour; ils sont cadrés,comme un enfant dans les bras de sa mère, par la structure et les règlements de l'organisation, ils peuvent y être nourris matériellement par l'argent qu'ils y gagnent, et spirituellement par la culture et la formation qu'ils y reçoivent. Quand Roger Garaudy a été exclu du parti communiste, pour la première fois de sa vie il a ressenti la tentation du suicide, en perdant l'appui, la compréhension, l'amitié, la solidarité de ses 2000 camarades. « C'est l'intolérable souffrance du fœtus qui sort des humeurs placentaires, c'est le malheur de naître, de naître expulsé contre son gré, exclu et qui s'exprime par l'interminable braillement du nouveau-né. Oui, je braillais comme un nouveau-né » *(Parole d'homme*, p.22).

Nous citons ces deux auteurs pour montrer que certaines personnes investissent un groupe, une institution comme l'enfant sa mère. Ils en sont si dépendants pour leur équilibre psychologique qu'ils ne peuvent entendre ce qui pourrait mettre légèrement en question ce « groupe-mère ».

Puisque les institutions représentent pour certaines personnes une imago protectrice, certains patients ne peuvent s'exprimer dans des entretiens cliniques que s'ils ont lieu dans un cadre institutionnel qui les rassure, comme l'hôpital psychiatrique où ils sont nourris, logés, chauffés, soignés, quoi qu'ils disent au psychologue. A l'hôpital de jour ou au dispensaire, ils savent qu'ils seront pris en charge même s'ils manquent leur rendez-vous ou agressent le clinicien; si le psychologue tombe malade, un autre le remplacera. Ils ont besoin de cette sécurité maternante pour réussir à s'exprimer, et le psychologue est alors un représentant de cette imago protectrice.

Les organisations qui ont pris en charge le patient peuvent

être au contraire vécues comme l'imago maternelle morcellante, écrasante, avec qui le patient risque de perdre son identité. C'est ainsi que sont parfois vécus les règlements de placement d'office de l'hôpital psychiatrique, les disciplines collectives dans les foyers d'adolescents, les IMP.

Il arrive que le psychologue soit perçu inconsciemment ou consciemment comme le représentant de l'organisation qu'il incarne dans sa personne; il est alors celui qui cause le risque de perte d'identité, de morcellement; c'est pourquoi il va être agressé par l'interlocuteur sans que cela puisse se justifier par les décisions ou les paroles du clinicien. C'est pourquoi celui-ci doit être à l'écoute de la signification de l'hostilité manifeste du patient. A-t-il été réellement traité avec brutalité par des membres des organisations qui se sont occupés de lui ? Le patient revit-il dans le transfert sa relation avec un parent autoritaire, rejetant, violent ? Cette agression permet-elle au sujet en danger psychologique de concentrer sa libido sur un objet, donc de garder sa vitalité, de se refaire une unité ? Le fait d'agresser une personne du monde extérieur permet, dans ce déplacement, d'apaiser les fantasmes des dissociations causées par la mauvaise mère, fantasmes qui bouillonnent dans le monde intérieur; elle donne aussi au clinicien l'occasion de comprendre son angoisse et sa souffrance intérieure.

3) *L'appartenance à des nationalités ou des races différentes*

L'appartenance à des nationalités ou à des races différentes rend très complexe la relation des cliniciens avec le patient étranger.

Si le psychologue possède le désir profond d'être la bonne mère accueillante, soit pour offrir ce qu'il n'a pas reçu, soit pour compenser son agressivité latente ou encore pour sublimer son sentiment maternel, il peut blesser plus encore un émigré qu'un Français, car sa surprotection peut être ressentie comme humiliante et favoriser la régression de l'inadaptation.

Il arrive que le psychologue ressente une agressivité à l'égard de son père ou de sa mère. Cette hostilité non liquidée peut se déplacer sur la société en général, en particulier à l'égard de la société passée de l'époque paternelle qui, pour une grande part, se sentait supérieure aux habitants du Tiers Monde. Cette attitude favorise l'identification projective et l'occultation de l'interlo-

cuteur comme personne totalement différente de soi-même. Cela obscurcit la compréhension des problèmes psychologiques professionnels ou familiaux au sein desquels il est inséré. Les psychologues s'identifient plus facilement aux immigrés s'ils ont eu eux-mêmes un parent particulièrement autoritaire dans leur enfance. Il est certain que beaucoup d'émigrés et d'exilés politiques ont besoin d'une disponibilité et d'une écoute extrêmement ouverte des psychologues dans les entretiens, même s'ils ne viennent pas dans la consultation pour se faire surprotéger, même s'il s'agit d'un problème professionnel, relationnel ou d'orientation à éclaircir et à approfondir. Toutefois l'investissement affectif et subjectif du clinicien peut aveugler le regard de celui-ci sur les conflits que vit le patient; le croire persécuté par l'entourage alors que cela ne constitue pas du tout le noyau essentiel de son problème.

Certains individus ont vécu dans leur passé une rivalité extrêmement violente à l'égard de leurs frères et sœurs dans leur relation avec leur père et leur mère; ils ont très mal supporté les naissances successives et fantasmé avec angoisse et révolte d'autres naissances possibles. Ils peuvent investir les étrangers travailleurs migrants ou réfugiés dans leur pays comme des envahisseurs rivaux, analogues à leurs frères et sœurs,et les rejeter psychologiquement; cette attitude inconsciente suppose chez eux un a priori négatif avant tout entretien.

Nous avons tous besoin de sécurité, mais certains sujets, un peu plus fragiles que d'autres, la construisent avec une certitude de la vérité, de leur savoir et de leur système de valeurs, ce qui fait qu'ils s'ouvrent difficilement aux habitudes de pensée d'autres pays, d'autres races, d'autres ethnies. L'existence de valeurs différentes des leurs, ébranle le cadre qui structure leur moi et les angoisse. D'autre part il faut admettre que l'expression des maladies mentales dans une autre culture nous échappe en partie et que nous avons plus de difficulté à comprendre et à aider ceux qui viennent d'ailleurs. Notre compétence et notre désir de compréhension ont des faiblesses et des limites. Il faut éviter, pour garder sa sécurité intérieure et protéger son narcissisme, de projeter complètement sur l'autre la cause de son incompétence et de son inefficacité qui, pourtant, est seulement fondée sur la différence de culture empêchant parfois une véritable communication.

Le migrant a décidé de venir en France le plus souvent parce qu'il n'a pu trouver dans son pays un travail suffisamment rémunérateur pour le nourrir, lui et sa famille. Le pays où il est né n'a pas su le protéger, le nourrir, comme il en avait besoin. Dans leur inconscient leur pays paraît semblable à une mère insuffisante. Quant à l'exilé politique, ou bien sa patrie n'a pas su le protéger de l'envahisseur, il a dû fuir pour survivre, ou bien les dirigeants de son pays l'ont emprisonné, torturé en raison de ses opinions politiques, il a dû fuir les habitants de sa propre nation pour garder la vie; dans leur inconscient leur pays natal est analogue à la mauvaise mère qui torture et rejette. Ces étrangers, qui cherchent un accueil temporaire ou définitif en France, font appel à une imago de mère rassurante qui protège. Mais avec la difficulté de langue, de chômage, la xénophobie, le racisme et la différence de culture, la France ne peut pas être accueillante comme cela semble nécessaire à leurs besoins profonds. Il y a en eux, de façon larvée ou parfois intense, la crainte du contrôle et du rejet, de la poursuite, de la manifestation de la mère persécutrice sous toutes ses formes symboliques. Les étrangers se montrent parfois très susceptibles et interprètent en mauvaise part une question, une proposition ou une décision qui avaient été faites pourtant dans leur intérêt. Cet étranger, qui a un entretien à cause d'un problème de relation dans son travail ou en raison d'une difficulté familiale, peut vivre cet événement autour duquel se centre l'entretien comme une manifestation de la mère destructrice des fantasmes de son enfance qui ont été confirmés par le passé de son histoire personnelle. Pour cette raison il leur arrive d'accentuer, voire un peu de déformer, certains éléments de leurs problèmes, et de percevoir d'une façon biaisée le comportement et les paroles du psychologue, d'autant plus qu'une différence de culture les sépare. Ce sont dans ces entretiens que les dialogues se présentent comme les plus difficiles, car l'intensité des transferts, comme celle des contre-transferts, est amplifiée en raison de leurs racines très archaïques, chez l'un et l'autre interlocuteur.

Il arrive qu'un entretien avec des personnes d'un autre pays que le sien provoque une certaine inquiétude chez le psychologue, une inquiétude sur son système de valeurs; il met parfois

en évidence l'étroitesse de ses aptitudes à la communication. S'ajoute à ce malaise la peur inconsciente de l'envahissement culturel et territorial par ceux avec qui il communique mal; cela remue l'anxiété archaïque des multiples bébés fantasmatiques que sa mère portait en elle et qui vont peut-être apparaître. Cet ensemble angoissant, non formulé ni maîtrisé, peut provoquer un rejet, une écoute biaisée, une occultation de la personnalité du patient et de ses problèmes. Quant à celui-ci, il est plus démuni que les habitants du pays d'accueil pour se faire comprendre. Ce pays et ses représentants, qui ne parlent pas sa langue maternelle et ne possèdent aucune complicité avec sa culture et les fantasmes qui en découlent, qui ne peuvent l'accueillir comme sa recherche d'asile le demande, prennent parfois l'image fantasmatique de la mauvaise mère, ce qui bloque son aptitude à s'exprimer et à entendre.

CHAPITRE IV

La communication non verbale dans l'entretien clinique

par Anne LEDOUX

La communication verbale est loin de rendre compte de l'ensemble des informations qui sont échangées dans l'entretien clinique.

Chez l'acteur, l'homme politique, le geste, la mimique, le ton de la voix sont souvent plus importants que le contenu du discours.

Il arrive parfois même que les informations non verbales que nous interceptons chez notre interlocuteur malgré lui nous fassent dire avec certitude qu'il ne nous dit pas ce qu'il pense, et que le contenu manifeste de son discours ne correspond pas à la vérité de ses pensées ou sentiments.

Bien plus encore, si on enregistre au magnétoscope un entretien avec un patient, et qu'on projette ensuite à un groupe d'étudiants la bande magnétique sans le son, on est étonné de voir la quantité d'informations qui ont pu être saisies par les spectateurs quant à la personnalité du consultant, alors que ce dernier ne communiquait intentionnellement avec le clinicien que par le discours.

L'entretien clinique doit donc prendre en compte non seulement le discours explicite, mais aussi la somme totale des réactions de l'interviewé et de l'interviewer à un moment donné et dans un environnement donné.

La relation qui s'établit va en effet dépendre étroitement du lieu où elle se situe, du temps de la rencontre et, bien entendu, des caractères propres de la personnalité des protagonistes de l'entretien. Celui-ci se déroulera de façon différente selon que le consultant vient de lui-même ou se trouve plus ou moins contraint à cette rencontre, si elle a été préparée ou si elle a lieu dans un climat de crise ou d'urgence.

Enfin, il n'est pas besoin de multiplier les exemples pour constater que ce ne sont pas les mêmes choses qui sont exprimées, à tel ou tel membre de l'équipe soignante dans un hôpital, en fonction de son statut, de son âge, de son sexe ou de sa personnalité.

L'importance du registre non verbal dans la communication nous paraît liée à *ses origines phylogénétiques et ontogénétiques.*

Pendant ces dernières décennies des chercheurs se sont intéressés aux problèmes de la communication chez les animaux. Ce n'est pas ici le lieu d'évoquer les nombreux travaux récents effectués dans ce domaine (cf. J. Corraze, 1980), mais on a pu montrer que les mimiques, la direction du regard, les postures étaient utilisées à des fins de communication et comportaient une ritualisation destinée à transmettre une information spécifique (par exemple délimitation du territoire).

Sur le plan ontogénétique les débuts de la communication inter-humaine se sont d'abord effectués dans le registre non verbal, utilisant l'ensemble des canaux perceptifs : vue, ouïe, toucher, sensations kinesthésiques. Ce n'est que dans un second temps que la parole devient l'instrument privilégié de la communication. Elle continue cependant à s'enraciner de façon très importante dans l'ensemble des échanges perceptifs. Et ce n'est sans doute qu'à l'intersection de ces différents canaux d'information que la communication trouve la précision et la richesse des nuances qu'elle comporte.

Nous analyserons maintenant les différents aspects de la communication non verbale. Nous essaierons ensuite de montrer à quelles conditions une lecture peut en être faite. Nous tenterons, enfin, de situer le «non verbal» dans l'ensemble des processus

de communication et en particulier par rapport à l'expérience verbale.

Quand on évoque la communication non verbale, on pense d'abord et à juste titre à *la mimique.*

La mimique est sans doute le moyen de communication le plus archaïque, le premier sans doute qui soit utilisé de façon intentionnelle avec la voix et le cri. Dès les premières semaines, en effet, le bébé présente déjà toute une activité de recherche et de communication qui s'exprime dans des moments de tension du cou, du visage et du regard vers le visage de la mère, marqués d'une intensité particulière. Cette tension caractéristique s'accompagnera bientôt d'émissions vocales. La mère y répond habituellement d'instinct par sa mimique et par sa voix. Cet échange viendra culminer dans l'apparition du sourire mutuel de la mère et de l'enfant. La mimique garde sans doute de ses origines lointaines sa capacité élective d'exprimer les affects et les émotions, et de traduire parfois involontairement les affleurements de notre conscient.

Le regard joue un rôle important, comme véhicule et pierre de touche privilégiée de la réciprocité de la communication. «Lever les yeux, regarder dans les yeux, soutenir le regard, fuir le regard, détourner les yeux», ces expressions connotent l'établissement, l'évitement, la rupture de la communication et les degrés de son intensité («boire du regard»). Le regard semble particulièrement adapté à assurer l'établissement et le maintien du contact avec l'autre. Lorsque je regarde l'autre qui me regarde, je sais qu'il me voit et que la communication est établie entre nous. Je le sais mieux que par la parole où je n'entends pas qu'il m'écoute au moment où je parle. Je vois qu'il me regarde et je puis à mon tour par mon regard même manifester que je vois qu'il me regarde, ce qu'il peut me renvoyer à son tour, comme en un jeu de miroir sans fin. Le regard réfléchit ce moment fondateur de l'échange qui renvoie au miroir, aux identifications croisées originelles, et peut-être à la relation fusionnelle comme racine nécessaire du fait de communication.

A partir et au-delà de cet échange de base, il y a bien entendu toutes les modalités intentionnelles plus ou moins codifiées du regard, que nous ne détaillerons pas ici, et qui vont se trouver nuancées par les diverses manifestations mimiques qui lui sont associées. L'ouverture, la fermeture, le plissement des yeux,

le battement des paupières, l'élévation ou l'abaissement des sourcils, les plissements du front vont servir d'accompagnements signifiants du regard.

Dans l'ensemble mimique, *la bouche* aussi va jouer un rôle important. De part sa position d'orifice privilégié et visible entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est le support de tout un registre particulier de significations d'acceptation et de rejet. Ses modifications significatives trouvent également leur origine dans nos premières expériences affectives, là où se sont élaborés l'amour et la haine. C'est le lieu du premier plaisir lié à l'oralité. C'est le lieu du premier sourire où se scelle l'amour de la mère et de l'enfant.

Enfin, les yeux et la bouche vont associer leurs expressions en des combinaisons multiples qui vont encore enrichir le champ des possibilités expressives interactionnelles. J. Corraze rapporte un exemple intéressant de la combinatoire yeux-bouche. Il s'agit d'un travail d'A. Kenton[1] qui a filmé à leur insu un couple d'amoureux dans un jardin public. L'importance du visage dans la communication non verbale se retrouve dans les études éthologiques. Le détournement du regard correspond en général à une rupture de contact et fonctionne comme rituel d'apaisement et reconnaissance de la dominance (Chance, 1967, in Corraze, 1980, p. 106). Ce qu'on retrouve aussi dans les rapports humains.

A côté de la mimique et s'associant souvent à elle, *la gestuelle* et *les postures* constituent un aspect important de la communication non verbale. Le rôle des postures de menace ou de soumission, de quête sexuelle, a été depuis longtemps signalé chez les animaux. Chez l'homme, la posture indique les intentions d'accueil, de rapprochement ou de rejet et de menace. Certains messages posturaux ont été analysés de façon précise par plusieurs chercheurs. Citons entre autres les études de Spiegel et Machotka (1974) qui analysent les signaux posturaux émis

1. In Corraze, 1980, pp. 101-102. « Il y montre en particulier comment l'approche jusqu'au contact en vue du baiser ne se fait pas tant que la partenaire n'a pas émis un message facial déterminé; « le sourire fermé » (sourcils au repos, yeux ouverts, bouche fermée mais la lèvre supérieure rétractée en forme de sourire). Par contre, quand la femme manifeste un sourire avec présentation des dents, l'homme ne doit pas l'embrasser. Ainsi c'est la femme qui, par un message non verbal, donnera à l'homme la permission de l'embrasser ou non ».

par une femme vers un partenaire masculin. La position des jambes orientées vers l'avant ou l'arrière, celle des bras s'avançant vers l'homme ou restant le long du corps, vont dans leurs combinaisons multiples, constituer tout un éventail de messages allant de l'accueil chaleureux au rejet.

Notons au passage que les messages émis par les différentes parties du corps peuvent être contradictoires et exprimer, du reste, les sentiments complexes ou ambivalents du sujet. Sans aller jusqu'à une codification précise, notre expérience courante nous permet de déchiffrer un grand nombre de messages posturaux, souvent d'ailleurs de façon intuitive et plus ou moins inconsciente. On perçoit facilement le sens des gestes maladroits, gauches, hésitants d'un consultant qui se présente pour un entretien. La façon dont il s'asseoit et se cale confortablement dans le fauteuil ou s'assied à demi sur le bord de la chaise constituent autant de signes facilement déchiffrables. Il arrive aussi que certains gestes démentent l'expression mimique ou verbale. Tel ce patient à la présentation assurée et au verbe haut, mais dont les doigts triturent nerveusement les bords de son vêtement et dont les jambes ne cessent de s'agiter. Lors d'un entretien clinique, il nous est arrivé de saisir toute l'ambivalence d'un père qui nous disait refuser son fils et ne pas vouloir s'occuper de lui, en observant la contradiction entre son discours et la façon extrêmement tendre dont il tenait serré dans ses bras son bébé de quatre mois.

La communication tactile enfin, si elle intervient peu dans l'entretien clinique avec l'adulte, mérite cependant qu'on en mentionne certains aspects. Les psychanalystes contemporains ont insisté en effet sur l'importance fondamentale de l'échange corporel réciproque de la mère et de l'enfant et sur les conséquences des perturbations ou de l'absence de ce contact cutané sur le développement psychique du nourrisson. Nous nous référons à la place essentielle faite par Winnicott (notamment dans *Processus de maturation chez l'enfant)* au «maintien» (holding), également aux travaux d'Anzieu sur le «Moi-Peau» en ce qui concerne les tout premiers stades d'organisation de la personnalité.

Chez l'adulte le contact cutané demeure le vecteur privilégié des échanges intimes, affectueux et en particulier sexuels, mais aussi des rapports agressifs («en venir aux mains»). Il

existe aussi tout un code social des rites de rencontre, d'adieu, d'accueil, d'amitié (poignées de mains, tape sur l'épaule, étreintes, baisers) avec des variations significatives selon le sexe, l'âge, la culture[2], de même que des tabous concernant les régions du corps qui peuvent être ou non touchées. Dans l'entretien clinique avec l'adulte, l'incidence du contact cutané est limitée à la simple poignée de mains qui inaugure et clôt l'entretien, qui peut transmettre au consultant certaines informations venant s'ajouter aux autres éléments apportés par la mimique et le regard (mains chaudes, glacées, moites, sèches, énergiques, molles, refus ou oubli de serrer la main, etc.). Par contre, l'échange cutané fait partie de la consultation avec le très jeune enfant qui souvent agit plus ou autant qu'il ne parle. Il nous saute au cou, nous embrasse, nous grimpe sur les genoux, nous tape avec un jouet, nous met un biberon de poupée dans la bouche... L'enfant exprime ses affects et son angoisse dans un corps à corps affectueux ou agressif, et ce d'autant plus qu'il n'a pas d'autres moyens à sa disposition, soit à cause de son âge, soit à cause de ses perturbations psychiques. Mais c'est en verbalisant et en interprétant à l'enfant les sentiments et les fantasmes sous-jacents à ses comportements que, dans la relation thérapeutique, le consultant pourra lui permettre d'acquérir une maîtrise de ses affects.

On sait que Freud, après avoir posé ses mains sur le front des patients, y a renoncé et a instauré une méthode thérapeutique d'où la communication tactile est exclue. La règle analytique, en ne donnant pas satisfaction aux pulsions dans l'échange corporel, leur permet de se figurer en fantasmes, de s'élaborer par la médiation du langage et de reprendre leur place dans l'ensemble de l'organisation psychique.

A côté du langage du corps on a beaucoup insisté aussi sur l'importance de l'*utilisation signifiante de l'espace.* L'espace que les individus aménagent autour d'eux, et les distances qu'ils établissent avec les autres, sont porteurs d'informations et de messages dont le rôle dans la communication apparaît à l'évidence.

On a pu définir ainsi un espace personnel qui correspond à la distance minima qu'un individu tolère de la part d'un autre.

2. En Vendée, on s'embrasse quatre fois pour se dire bonjour.

Cette distance varie en fonction de nombreux paramètres : âge, sexe, race, milieu socio-culturel ...[3].

Ces données spatiales jouent un rôle dans l'entretien clinique. La position des sièges dans le bureau de consultation situe d'emblée la situation réciproque du clinicien et du consultant. Deux fauteuils rapprochés, côte à côte ou face à face, engagent une proximité qui peut au reste être vécue de façon différente par le consultant, soit comme le signe d'un soutien sécurisant, soit, au contraire, comme une intrusion insupportable. Tel autre sera rassuré (comme parfois le clinicien) par l'intermédiaire d'un bureau qui fixe les positions hiérarchiques des interlocuteurs, d'autres au contraire y ressentiront abandon et froideur insupportables.

La délimitation du territoire est, on le sait, importante chez l'animal. Elle s'associe à des messages vocaux en fonction de l'approche ou du droit d'entrée dans ce territoire. Les limites en sont en général précisées par un marquage souvent olfactif.

Ces comportements territoriaux, quoique souvent inconscients, existent aussi chez l'homme et sont d'observation courante. Nous nous approprions constamment des territoires : bureau, chaise, lit, et nous supportons mal que d'autres les occupent. Nous annexons aussi provisoirement des espaces sur lesquels nous n'avons pas de droits précis, telle une place dans un wagon de chemin de fer, que nous marquons en déposant un journal, ou que nous estimons être nôtre, après un certain temps d'occupation.

On sait aussi, selon les circonstances, les sentiments de plaisir et de déplaisir que nous éprouvons si quelqu'un vient s'asseoir à la table que nous occupons dans un café, d'autant plus que d'autres tables se trouvent libres, comme si nous l'avions marquée ainsi d'un signe que l'autre doit reconnaître[4]. Nos sentiments à son égard peuvent même se trouver plus ou moins

3. Hall (in *La Nouvelle Communication*, 1981, pp. 191-220) a mis en évidence les différences culturelles dans la structuration de l'espace et l'organisation des systèmes proxémiques. Par exemple, les recherches qu'il a entreprises pour recenser les distances personnelles dans les lieux publics lui ont permis d'observer que l'espacement des usagers dans une file d'attente de tramways ou un aéroport variait en fonction des pays.

4. Cf. scène rapportée par Emile Ajar dans *Gros-Câlin*, p. 16.

intenses selon la distance à laquelle il s'est installé, très près ... très loin, avec sans-gêne ou timidement. Lors de l'entretien avec l'enfant, la distance plus ou moins grande qu'il établira avec le psychologue pourra être révélatrice de ses difficultés. Soit il se tient en retrait, jouant dans un coin de la pièce; soit il peut empiéter et envahir exagérément le territoire de l'adulte, s'emparant des tampons, du téléphone, des objets du bureau. Par ailleurs, l'impossibilité pour un enfant déjà âgé de 8 à 9 ans de quitter sa mère, la façon dont il restera collé près d'elle sera significative de ses difficultés de séparation avec elle et de l'importance de la relation symbiotique.

Il nous faut aussi dire un mot des *manifestations neuro-végétatives* qui sont habituellement des modes d'expression non intentionnelles et parfois inconscientes de nos émotions (rougeur, pâleur, sudation, pleurs, rires). Elles ont cependant valeur de message pour celui qui les observe et témoignent souvent de l'intensité des processus psychiques mis en cause et de leur caractère non maîtrisé. Mais même involontaires, elles ont aussi valeur de message chez celui chez qui elles surviennent dans la mesure où l'intéressé a conscience de l'effet qu'elles produisent sur son interlocuteur.

On peut y ajouter encore un certain nombre d'actes automatiques et souvent inconscients : tics, suçotement, grattage, toux, etc. témoins de décharges pulsionnelles non élaborées.

Enfin, il n'est pas possible d'achever cette analyse descriptive des vecteurs non verbaux de communication sans évoquer *les aspects non verbaux du langage.* L'aspect vocal tout d'abord (intensité, hauteur aiguë ou grave, timbre, intonation, inflexions de la voix) nous apporte un grand nombre d'informations nuançant et précisant la signification littérale du discours. On pourrait en dire de même du débit, du rythme : certains rythmes rapides, par exemple, donnent le sentiment d'un flot de paroles, d'une barrière défensive contre toute intervention.

Il est difficile de codifier tous ces éléments non-verbaux, mais leur importance clinique est considérable, et ils sont particulièrement frappants chez l'enfant ou l'adulte psychotique. Leur débit sera, par exemple, souvent monotone, litanique, ou au contraire saccadé, haché. La voix elle-même aura des registres variés, à peine audible ou tonitruante, basse ou aiguë caverneuse

ou criarde. On remarquera aussi l'aspect automatique du discours, l'absence d'affects et de vie dans les intonations, et le contraste entre la voix et le sens des paroles prononcées. De même la gestuelle et la mimique ne sont pas au service de la communication chez le psychotique, mais le plus souvent figées, stéréotypées, sans rapport avec l'émotion ou le contenu du discours; les aspects non verbaux du langage ne servent pas à compenser l'insuffisance de la parole, à la renforcer ou la préciser. Ils sont porteurs de l'angoisse du sujet et de son incapacité à communiquer.

Il nous reste à mentionner, parmi les éléments non verbaux du langage, ce qui apparaît le plus non verbal et qui n'en est pas moins lourd de sens, à savoir le *silence.*

Par définition, le silence laisse peu de place à l'interprétation. C'est la raison pour laquelle il doit être suffisamment respecté pour se donner le temps d'en percevoir le sens, et ne pas courir le risque, plus important qu'ailleurs, d'y projeter nos propres sentiments.

On a en effet facilement tendance à interpréter le silence comme défensif, voire agressif, et cela d'autant plus qu'il s'agit précisément d'une situation où le clinicien a pour fonction d'attendre la parole de l'autre et peut se trouver de ce fait, renvoyé à son impuissance ou à un sentiment d'échec. Il est vrai que le silence est parfois agressif ou défensif, traduisant un conflit intra-psychique qui ne peut émerger, un vécu émotionnel paralysant, un sentiment d'angoisse ou de culpabilité, voire un désir agressif de rendre le clinicien impuissant.

Mais il peut s'agir aussi d'un moment fécond d'élaboration ou d'un retour heureux à un vécu fusionnel. Une erreur d'interprétation peut être dans ce cas très dommageable pour le consultant.

Si telle est la place de la communication non verbale dans l'entretien clinique, il nous paraît d'autant plus nécessaire de préciser deux points : comment et à quelle condition une lecture des messages non verbaux peut se donner les chances d'être correcte, et comment situer, d'autre part, cette information non verbale dans l'ensemble des processus de communication où la parole garde cependant sa place privilégiée.

La lecture du message non verbal est bien entendu difficile

et pleine d'embûches. C'est pour tenter de pallier cette difficulté que de nombreux auteurs récents – parmi lesquels il faut citer plus particulièrement l'Ecole de Palo Alto (P. Watzlawick et J.H. Weakland, *Sur l'interaction,* 1977) – ont préconisé des méthodes objectives intégrant la rigueur des techniques scientifiques expérimentales.

Certains auteurs ont essayé, par exemple, d'établir des corrélations précises entre certaines combinaisons des positions des paupières, des sourcils, de la bouche et des lèvres, avec des émotions telles que la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse, le dégoût, l'intérêt (P. Ekman, W.V. Friesen et S.S. Tomkins, 1971).

Mais de telles recherches, valables en elles-mêmes, paraissent peu utilisables dans le domaine clinique, car les émotions et les sentiments sont à interpréter en fonction des autres informations (verbales et non verbales) et du contexte où ils apparaissent. On en retire l'impression que les catégorisations établies par ces recherches sont sujettes à erreur, et, somme toute, moins précises que celles que nous appréhendons intuitivement.

Notre compréhension empirique des émotions d'autrui est peut-être plus pertinente et scientifique qu'on ne le croit. Si nous portons sans hésitation un diagnostic précis et nuancé lors d'un entretien clinique, c'est parce que notre cerveau se comporte comme un ordinateur à haute performance possédant une «mémoire» inconsciente qui lui permet de projeter rapidement, au-devant d'une configuration déterminée, tout un stock d'images associées à un type d'expériences, et de choisir parmi ces images celle qui vient se superposer le plus exactement à notre perception.

Peut-être faut-il ajouter encore que la validité de ce diagnostic repose en fin de compte sur notre possibilité de puiser dans le riche vivier de nos identifications primaires avec lequel nous restons en communication, et qui s'est constitué dans le registre fusionnel, là où le vécu émotionnel de la mère est saisi par l'enfant sur le mode de l'identique. L'expérience du sourire en est le premier témoin.

Par ailleurs, dans la mesure où notre interprétation des signaux non verbaux de l'autre dépend de nos projections, il y a lieu ici, plus encore que dans le domaine verbal, d'analyser avec soin la part transférentielle (chez le consultant) et contre-transférentielle (chez le clinicien) qui peut venir en gauchir la perception.

Chez le consultant, il faut tenir compte de l'effet du transfert engageant par exemple une gestuelle ou des intonations infantiles ou anxieuses en rapport avec la représentation qu'il se fait du clinicien. Le contraste éventuel qui peut se produire avec l'expression verbale témoigne des aspects archaïques de la personnalité projetés sur le psychologue. Du côté du clinicien, les aspects non verbaux de son contre-transfert sont souvent beaucoup plus difficiles à maîtriser que les aspects verbaux. Ils peuvent même induire dans le «feedback» qui s'établit alors entre les deux protagonistes, un véritable cercle vicieux. Par exemple les affects provoqués par le consultant peuvent inconsciemment susciter chez le psychologue le désir de mettre à fin à l'entretien. Celui-ci émettra involontairement des signaux non verbaux de son impatience (s'agiter sur sa chaise, jeter un coup d'œil furtif à sa montre, bailler ...) qui vont déterminer à leur tour des manifestations d'agrippement et d'angoisse s'exprimant dans un rythme plus précipité de la parole qui va accroître encore le désir d'en finir du clinicien.

Le corps du clinicien comme le corps du consultant sont impliqués dans l'entretien, bien que celui-ci se déroule apparemment dans le registre du langage. Toute une série de messages non verbaux sont perçus de part et d'autre. Les affects que le patient suscite en nous peuvent se traduire dans notre corps (tension musculaire, mal de tête, envie de dormir ...) et si nous y sommes attentifs, nous permettre de saisir ce qui se passe chez lui. Nous savons tous combien la fatigue, le malaise ou l'angoisse que nous pouvons ressentir lors d'un entretien peuvent avoir une valeur diagnostique, dans certains cas, et en particulier nous alerter sur la fragilité ou les aspects psychotiques d'un consultant.

Il nous reste maintenant à situer le «non verbal» dans l'ensemble du processus de communication.

Le registre verbal, dans la mesure où il s'exprime dans un langage codifié porteur des structures du milieu culturel où ce langage est né, aura tendance à canaliser la communication dans les mailles souvent serrées des conventions sociales, professionnelles, familiales. Un contrôle automatique s'opère à travers le langage, dont nous n'avons pas toujours conscience. Même sans se surveiller particulièrement, il y a tout un monde intime qui

ne nous vient même pas sur les lèvres quand nous parlons, surtout si l'interlocuteur nous est étranger.

On est loin de pouvoir toujours reconnaître quelqu'un à travers le contenu d'un texte écrit par lui, sauf s'il est manuscrit ou inscrit sur une bande magnétique, c'est-à-dire accompagné des éléments non-verbaux du langage. Au contraire il sera facile de reconnaître un proche au téléphone, même s'il n'a encore dit que «allo». C'est bien dans le registre non verbal que vont s'inscrire tout d'abord les caractéristiques individuelles d'une personnalité.

Mais cette opposition des aspects verbaux comme étant les plus conscients et les plus socialisés de nous-mêmes et des aspects non verbaux plus en rapport avec les couches inconscientes et anciennes de notre personnalité doit être nuancée. «Les prescriptions sociales ne commandent pas seulement le langage, mais de surcroît les manifestations corporelles non verbales» (J. Starobinski, 1981, p. 269). Le non-verbal peut donc parfois être conventionnel et la parole exprimer également nos aspects les plus personnels, ne serait-ce qu'à travers nos expressions favorites, notre syntaxe et notre style propre, voire nos lapsus.

Par ailleurs, que le mode d'expression soit verbal ou non verbal, on ne peut le ramener à un système «stimulus-réponse» qui pourrait à la limite être codifié, comme tendraient à le faire croire les tenants d'une psychologie de l'interaction. Ce serait méconnaître le rôle essentiel de l'inconscient. Chaque message envoyé ou reçu est nécessairement l'objet d'une interprétation, d'une mise en relation avec toutes nos expériences vécues, emmagasinées au fil des années. C'est cette orchestration associative qui finalement donne sens au message. Elle s'appuie sur la richesse de nos organisations fantasmatiques où se sont sédimentés les événements de notre histoire personnelle.

Quelles que soient les références à l'éthologie dans le domaine de la communication non verbale, il est important de souligner la rupture radicale entre l'homme et l'animal, et la place fondamentale de l'imaginaire, du désir et du langage dans la relation que tout être humain établit avec autrui.

CHAPITRE V

L'entretien avec l'enfant

par Colette CHILAND

On ne peut présenter d'entretien-type : l'âge de l'enfant, sa personnalité, les circonstances seront déterminants.

Le très jeune enfant vient avec sa mère ou ses parents. Le nourrisson ne parle pas, mais il investigue et réagit. On connaît la description que Winnicott a faite du comportement du bébé devant une spatule de métal dans « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie » (1941, in *De la pédiatrie à la psychanalyse).* Tel enfant hésite à s'emparer de l'objet brillant, guette la réaction de sa mère. Il se décide à la prendre, salive de désir, la porte à sa bouche. Mais il refuse qu'on la lui introduise dans la bouche. Il joue avec la spatule, la tape sur la table. Puis il la fait tomber, comme par erreur, la reprend quand on la lui rend, finalement s'en débarrasse agressivement. Chaque bébé a sa manière propre de se conduire, qui en révèle beaucoup sur sa relation avec sa mère et sa confiance en lui-même.

Si le nourrisson ne comprend pas les paroles prononcées entre ses parents et le clinicien, il est néanmoins sensible au climat affectif. Ainsi un nourrisson, après un jeu significatif avec le clinicien et les propos tenus par le clinicien à la mère qui entraînent un changement dans la manière dont elle le tient, s'endort alors que la consultation avait été motivée par son insomnie.

Un peu plus grand, l'enfant joue avec les jouets qu'on a mis à sa disposition ou ... avec le sac de sa mère, tandis que nous parlons avec la mère. Il intervient et la mère nous traduit son discours que seuls nous décryptons mal.

Plus grand encore, c'est avec lui que nous parlons tandis que la mère présente tantôt ne peut s'empêcher d'intervenir, tient à rectifier ce que l'enfant dit ou à marquer son étonnement, tantôt sait rester en retrait pour permettre à l'enfant d'agir et de parler comme il l'entend. Au-delà d'un premier entretien, il arrive que le début d'un traitement (R. Diatkine et J. Simon, *La psychanalyse précoce)* ou un traitement tout entier (H. Frédéric et M. Malinsky, *Martin, un enfant battait sa mère)* se déroule en présence de la mère : ce que l'enfant fait et dit, ce qui lui est interprété constituent une surprise pour la mère et peuvent déclencher en elle un travail psychologique.

Enfin l'enfant vient seul dans la pièce. Certains enfants se mettent d'emblée à parler. La plupart ont une réaction « d'orientation-investigation » : ils regardent, un peu furtivement, qui est là et ce qu'il y a. Il n'est pas inutile, en particulier dans un service public, de lui dire qui l'on est. Il nous dira son nom, son âge. Pourquoi vient-il ? Très souvent il n'en sait rien ou prétend n'en rien savoir. Parfois il répond et le dialogue s'engage à partir de ce qu'il a dit : ce peut être un motif parfaitement fantaisiste, ou réel mais marginal ou le motif central. Dans ce dernier cas nous sommes vite au cœur du problème.

La conduite et le mode d'entrée en contact de l'enfant sont d'une extrême variété. L'enfant agité se met à toucher à tout, l'enfant hypomane à faire des commentaires sur tout, tel autre grimpe sur nos genoux et commence à tripoter notre collier. L'enfant inhibé s'asseoit, nous fixant yeux grands ouverts, ou détournant la tête; il ne dit pas un mot, malgré toutes nos tentatives de briser la glace; ou bien il répond par un sourire, un signe de tête ou un monosyllabe. Une des difficultés du débutant est, alors qu'il se sent « bon » et bienveillant, de supporter l'attitude négative de l'enfant, son opposition; il faut se rappeler que la rencontre d'un étranger provoque de l'inquiétude, mobilise les pulsions agressives, favorise les clivages où l'étranger est un « mauvais objet » ce qui permet à l'enfant de garder le lien avec

un objet interne bon, et il en a d'autant plus besoin que ses sentiments sont ambivalents et sa relation avec un bon objet interne fragile.

L'enfant s'empare spontanément du matériel à sa disposition : papier, crayons, feutres, pâte à modeler, petits jouets, marionnettes. Ou bien il les regarde sans rien dire, attendant notre invitation à les utiliser pour s'exprimer. Ou bien c'est nous qui attirons son attention sur la possibilité que nous lui offrons de s'exprimer ainsi et l'enfant accepte très volontiers, ou avec un enthousiasme mitigé, ou refuse.

S'il se met à dessiner ou jouer, il peut utiliser cette médiation comme résistance ou comme communication. Il cherche à nous ignorer tout au plaisir du jeu ou au fignolage du dessin. Ou bien il commente spontanément ce qu'il fait et nous invite à y participer. Ou bien il ne parle qu'en réponse à nos questions.

Faut-il participer au jeu de l'enfant et jusqu'à quel point ? La plupart des cliniciens pensent qu'il faut jouer avec l'enfant. Pourtant certains pensent qu'il serait mieux de rester sur sa chaise ou son fauteuil et de n'intervenir que par la parole (questions, commentaires, interprétations) : c'est le cas de E. James Anthony, dont la relation avec l'enfant n'en est pas moins très chaleureuse (on lira l'entretien avec une enfant dont la mère est psychotique dans *L'enfant à haut risque psychiatrique,* p. 136-137).

L'entretien atteint une acmé et il faut songer à le terminer. Le mieux est de n'être pas trop contraint par l'horaire et de pouvoir disposer du temps variable qui est nécessaire. Certains enfants manifestent leur désir d'en finir, d'autres s'accordent avec notre proposition, d'autres refusent de partir : ils veulent jouer encore un petit peu, ou ils ne peuvent partir sans emporter leur dessin ou un petit jouet et, bien qu'en général nous préférions conserver leurs dessins et notre matériel, il faut savoir y consentir.

Tout autant que la personnalité de l'enfant, les théories, les choix techniques, le style, la personne du clinicien jouent un rôle. Il est des cliniciens particulièrement doués pour travailler avec des enfants. Et chacun de nous ne réussit pas à établir le contact avec n'importe quel enfant.

Les modalités de contact de l'enfant, ses jeux, ses productions graphiques, ses propos nous conduisent peu à peu à avoir une idée de son intelligence, de son insertion dans le réel, de son

acceptation de son sexe, de la manière dont il imagine son avenir, de sa richesse fantasmatique, de ses rêves, de son angoisse, de sa souffrance. Nous pouvons aussi être interrogatifs devant des indices contradictoires et souhaiter un examen psychologique standardisé, des investigations complémentaires (l'enfant fait-il la sourde oreille ou entend-il mal ?), des précisions sur son passé, ses conduites dans ses milieux de vie, etc.

Nous pouvons souhaiter revoir l'enfant et souvent il en est d'accord, intéressé par ce qui s'est passé.

L'enfant ne vient pas seul. Il vient conduit par un ou des adultes s'il s'agit d'une consultation externe. On le voit sur la requête des adultes qui le soignent, dans le cadre d'un hôpital ou d'une institution. Encore peut-il se faire là qu'il sache qu'il y a une porte où il peut frapper et une personne prête à l'écouter derrière cette porte; certains psychologues ou psychothérapeutes fonctionnent ainsi dans des institutions, un enfant ou plusieurs enfants ensemble viennent s'ils désirent et quand ils désirent parler.

L'enfant ne vit pas seul, n'assure pas seul sa subsistance hormis des situations extrêmes : les *besprizorny* (enfants vagabonds) dont Makarenko a parlé dans *Le chemin de la vie* en Russie au lendemain de la première guerre mondiale, les groupes d'enfants de bas-âge ayant réussi à assurer leur survie dans les camps de concentration nazis (voir A. Freud et S. Dann), les *Sciuscià* (cireurs de chaussures) de l'Italie après la deuxième guerre mondiale, les enfants de l'extrême misère dans des pays «en voie de développement». Ceux-là ne viendront pas trouver le psychologue.

Cette situation de dépendance actuelle de l'enfant a même conduit Anna Freud à douter pendant longtemps de la possibilité du transfert et donc de l'analyse chez l'enfant.

Un autre a donc généralement pris pour lui la décision de cet entretien qui va avoir lieu. On l'y a préparé ou non. Parfois on ne lui a rien dit. Souvent l'enfant semble avoir oublié ce qu'on lui a dit. Parfois on lui a demandé son accord. Parfois l'annonce du rendez-vous pris et l'attente de la rencontre ont un effet spectaculaire sur le symptôme qui disparaît *avant* l'entretien.

On a pu lui dire que le psychologue est un monsieur ou une dame qui parle avec les enfants, que le psychiatre est un docteur

qui ne fait pas de piqûres, mais qui « pose des questions ».

Très jeune il ne veut pas se séparer de sa mère ou de ses parents. Plus grand il a peur, ou est au moins vaguement inquiet.

Très vite il est étonné de la considération qu'on lui porte. Il y a là un adulte qui est à sa disposition, qu'il ne partage pas avec ses frères et sœurs ou ses camarades de classe. Un adulte qui n'exige pas de réponse à ses questions s'il se tait et qui ne lui dit pas : « Tais-toi » quand il parle. Cela rompt avec la vie quotidienne de l'enfant où souvent encore on lui répète : « on ne parle pas à table quand les grandes personnes parlent », « on se tait en classe quand on n'est pas interrogé », « réponds-moi, je te parle », « tu poseras cette question quand tu seras plus grand ».

Dans ce climat l'enfant peut se montrer très vite intéressé et coopérant, alors même qu'il avait annoncé à ses parents qu'il ne dirait rien ...

Nous avons rapporté dans *L'enfant de six ans et son avenir* comment « le directeur de l'école entra un jour à l'improviste dans la pièce où nous étions : l'enfant continua de dessiner et de parler; ses propos surprirent le directeur. « Mais il ne me parle jamais comme cela à moi ! », dit-il, oubliant qu'il incarnait l'autorité, distribuait les sanctions, et n'invitait pas à la libre association des idées » (1976, p. 38, n. 1). Il ne s'agissait pas d'un entretien à finalité thérapeutique, mais à visée de recherche, et l'enfant avait grand plaisir à dessiner et à parler.

L'enfant n'a rien demandé au départ. Il peut se montrer preneur de cette « relation professionnelle » qu'on lui offre et en faire usage pour une communication inhabituelle, profonde. Des exemples très remarquables en sont fournis par Donald Woods Winnicott dans *La consultation thérapeutique et l'enfant.*

On ne saurait prétendre parvenir d'emblée à ce que Winnicott fait après trois ou quatre décennies d'expérience professionnelle. Il a édifié sa théorie personnelle du développement psychique; la pathologie ou les difficultés de croissance naissent des défaillances de l'environnement liées aux conditions de vie des parents ou à leur problématique. Ce que Winnicott appelle consultation thérapeutique est un type de travail qu'il n'entreprend que si l'enfant, au sortir de son bureau, peut bénéficier du soutien de ses parents, qui vont coopérer à l'évolution ou au traitement de l'enfant. Si les parents ne peuvent jouer ce rôle, il faut un

soutien institutionnel. Dans d'autres cas l'enfant a besoin d'une psychanalyse proprement dite.

Au cours de la consultation thérapeutique Winnicott se laisse aller à son intuition, mais ne la communique pas à l'enfant tant qu'il n'en a pas eu confirmation par le matériel de l'enfant. La consultation doit permettre d'atteindre le problème nodal de l'enfant, de situer le moment où a eu lieu la défaillance de l'environnement; l'enfant va reprendre contact avec l'expérience bonne qui existait avant la défaillance de l'environnement.

Il ne s'agit pas d'imiter Winnicott (le pourrait-on ?), mais de réfléchir à partir des exemples qu'il nous donne et de nous en inspirer pour trouver notre manière propre d'entrer en contact avec l'enfant.

Nous avons vu que l'échange de paroles était possible et précieux avec l'enfant, mais que souvent la rencontre avec l'enfant ne pouvait se limiter à un entretien verbal. Pour que l'échange de paroles ait finalement lieu, il faut la médiation d'une activité concrète correspondant aux intérêts de l'enfant derrière laquelle il s'abrite et à travers laquelle il se révèle, une activité qui extériorise son monde interne.

Winnicott utilise le jeu des *squiggles*. Terme intraduisible, le squiggle se situe entre le gribouillage ou griffonnage et le dessin : on propose à l'enfant de faire, *à tour de rôle,* des traits sur le papier, au hasard, comme ça vient, pour que l'autre en fasse quelque chose, un dessin. Ce n'est pas une recette. Il y faut chez l'enfant suffisamment de fantaisie, d'humour, et même le talent ne nuit pas ... Il faut que le clinicien se sente à l'aise avec cette manière de faire (Winnicott remplissait sa maison de squiggles pour son plaisir personnel). Ce qui est intéressant, ce ne sont pas les squiggles en tant que technique, c'est ce en quoi ils facilitent la communication.

Le clinicien et l'enfant sont au même niveau, à égalité, partagent la même activité. «C'est bien ce que tu as fait». Ou «je te mets au défi de faire quelque chose avec mon squiggle», dit l'enfant. Les deux jouent, ont du plaisir et la situation d'*asymétrie* de l'entretien clinique, que la position adulte-enfant aurait pu renforcer, s'estompe. Il en est de même dans d'autres situations de jeux, ce n'est pas propre aux squiggles.

Et Winnicott joue volontiers avec l'enfant : l'asymétrie s'efface de la même manière quand, assis par terre avec *la petite Piggle* (p. 43-44), tandis que le père assiste à la séance assis sur une chaise, Winnicott s'écrie : «Winnicott, bébé très vorace : veut tous les jouets ... Je veux être le seul bébé, je veux tous les jouets».

Quand Winnicott formule si bien ce qu'elle ressent (elle a commencé d'être perturbée avec la naissance de sa petite sœur), Gabrielle dans sa troisième année se sent de plain-pied avec ce monsieur de plus de soixante ans. C'est un jeu de type psychodramatique. Et souvent l'enfant le propose lui-même en assignant les rôles.

Jeu psychodramatique ou squiggles, il s'agit de ce que Winnicott appelle *play* par opposition à *game*, le jeu structuré avec des règles. Quand l'enfant lui demande de prendre part à un «game», Winnicott s'y résout. Sans enthousiasme, parce que ces jeux de règles ne permettent pas la même activité créatrice, n'offrent pas la même chance d'avoir accès au problème inconscient nodal de l'enfant.

Le jeu, mode d'entrée en contact, n'est pas une finalité en soi, un moyen agréable de passer le temps. Il est un mode d'expression que le clinicien comprend et dont il mettra en mots une partie significative au bon moment, ce qui n'est pas facile.

La gamme des activités qu'on partage avec l'enfant au même niveau que lui est variée : dessin, pâte à modeler, petits jouets, marionnettes, histoire inventée ensemble, jeu psychodramatique ... Celui-ci conduit souvent à des scènes de la vie scolaire, l'enfant joue à la maîtresse ou simplement propose des problèmes et demande qu'on lui en propose. La plupart des cliniciens sont d'accord pour que le matériel à la disposition de l'enfant soit simple et se prête à un usage créatif, au lieu que certains organisent des pièces spéciales avec un matériel sophistiqué.

Dans sa technique des squiggles Winnicott souligne deux avantages de sens contraire : tantôt l'enfant transforme lui-même le squiggle qu'il aurait dû proposer à Winnicott et s'exprime ainsi lui-même *sans interférence;* mais si l'enfant s'enferme dans cette manière de faire, Winnicott l'en empêche pour signifier qu'il est là et que le jeu est *dialogue.*

L'ensemble de ce qui a été produit peut être revu et com-

menté de nouveau à la fin de la consultation ou au cours d'une autre consultation.

Dans une consultation thérapeutique telle que Winnicott la conçoit, on s'avance jusqu'à un moment où l'enfant peut dessiner ses rêves et en parler; c'est alors que prennent leur sens les indices recueillis dans les squiggles par la répétition d'un thème ou un détail insolite. Winnicott ne cesse de parler à l'enfant, mais c'est à ce moment-là seulement qu'il lui donne une interprétation, s'il en donne une.

Si des modes d'expression divers sont utilisés, il ne faut pas perdre de vue qu'ils font écran à la parole en même temps qu'ils cherchent à y conduire. D'un côté l'enfant les utilise comme résistance. De l'autre en jouant, en dessinant, le clinicien introduit son matériel dans la communication. Il lui faut être vigilant à le faire dans la direction que lui indique l'enfant explicitement ou implicitement.

On ne croit pas suffisamment dans bien des circonstances à la possibilité qu'a l'enfant de parler, au besoin qu'on l'écoute et qu'on lui réponde.

Un cas extrême est celui de l'enfant gravement malade, qui va mourir. Ce n'est que récemment qu'on s'est aperçu du poids de la conspiration du silence dont on entourait l'enfant. On lira avec profit E. James Anthony et Cyrille Koupernik, *L'enfant devant la maladie et la mort,* Ginette Raimbault, *L'enfant et la mort, le* numéro de *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,* L'enfant et la mort. L'appétit de vivre ce qu'il lui reste de vie à vivre étonne l'adulte qui écoute cet enfant.

Dans la vie quotidienne, les parents tarissent les questions des enfants par leur embarras à y répondre. S'ils peuvent dire par exemple comment les bébés sortent du ventre de la maman, ils se sentent incapables de dire comment ils y sont entrés ! A plus forte raison quand il y a un secret. A plusieurs reprises, j'ai été consultée par des parents qui se sentaient embarrassés à la pré-adolescence ou à l'adolescence par la *révélation* à faire que le père n'était qu'un beau-père. Le scénario typique est qu'il n'y a pas de révélation à faire, que l'enfant sait. Par exemple la fille a assisté au mariage de ses parents à l'âge de six ans et, de ce jour, elle a appelé le mari de sa mère «papa» au lieu de

l'appeler par son prénom. Pourtant les parents ont accrédité par le silence ou des propos fallacieux une version inexacte qui les embarrasse. Leur entourage sait la vérité, les presse de la dire, commet des «impairs». Le beau-père dit craindre un retrait d'amour de l'enfant; il est vite clair qu'il craint l'affaiblissement de la barrière contre l'inceste. Quand je recommande qu'il ne soit pas procédé à une révélation solennelle et traumatisante, mais qu'il soit répondu naturellement et véridiquement aux questions posées au moment où elles sont posées, j'apprends que la fille ne pose pas de questions, ou plutôt n'en pose *plus,* même sur des sujets anodins parce qu'on a critiqué, éludé, découragé toutes ses questions.

Le clinicien offre à l'enfant une possibilité de communication dont celui-ci s'empare parce que le clinicien ne se dérobe pas et répond aux questions en un langage vrai, simple, approprié à l'âge. Il s'efforce de n'être pas intrusif par des questions inappropriées et traumatisant par des interprétations que l'enfant n'est pas prêt à entendre.

Pourtant il arrive que l'enfant se plaigne à ses parents des questions qu'on lui a posées, alors qu'on ne lui en a posé aucune, ou rapporte des propos qu'on aurait tenus dans un tout autre langage que celui qu'on a tenu. L'enfant nous prête les fantasmes qu'il a eus devant nous et dont il ne nous a pas parlé. Il nous prête son langage à lui dans lequel il a transcrit ce que nous lui avons dit. Il est toujours préférable de parler à l'enfant avec les mots qu'il emploie et qu'on emploie dans sa famille. Encore faut-il les avoir découverts. Et l'on s'aperçoit souvent qu'il n'y a pas de mot dans la famille pour désigner telle fonction naturelle ou les organes sexuels, en particulier ceux des filles.

Il faut être prêt à laisser parler l'enfant et à lui parler. Mais il ne faut pas s'attendre à ce qu'il puisse faire un exposé de son problème à la manière d'un adulte, ni même parler factuellement de son cadre de vie et des événements. Comme l'écrit très bien Jean-Claude Arfouilloux (1975, p. 38-39) : «L'enfant ne se raconte pas directement comme le ferait un adulte. Il est incapable de ramasser les souvenirs de son passé récent et lointain, et d'en donner un récit cohérent pour son interlocuteur. Quel que soit son âge, il se montre rarement prêt à commenter les faits de sa vie quotidienne, à les articuler aux événements de son passé ou à des projets d'avenir. Il ne sait généralement pas dire

comment ni pourquoi il souffre, et même il ne sait pas très bien s'il souffre, car sa souffrance est souvent ressentie davantage par son entourage immédiat que par lui-même ».

Nous sommes avec l'enfant dans une position différente d'avec l'adulte. Ce n'est pas parce que l'enfant ne demande rien. C'est parce qu'il s'exprime par d'autres modes que le langage et qu'il utilise le langage autrement. C'est aussi parce qu'on ne peut pas isoler l'enfant de son environnement.

Comment faut-il situer l'entretien avec l'enfant par rapport à l'entretien avec les parents ou ceux qui ont la responsabilité de l'enfant ?

Le plus souvent nous avons d'abord un entretien avec les parents, puis un entretien avec l'enfant, enfin un entretien avec les parents et l'enfant ensemble.

L'enfant ne nous fournira pas d'informations, d'anamnèse. Devons-nous le voir sans rien savoir ou après avoir recueilli une anamnèse des parents ?

Ce serait un exercice d'école de travailler à l'aveugle sans rien savoir de l'enfant. Pourtant à l'inverse en savoir trop sur la version des adultes qui l'entourent peut empêcher d'être disponible pour saisir ce qu'il y a à dire, ce qu'il a vécu d'important qui souvent passe inaperçu de ses parents. Il ne faut d'ailleurs pas se leurrer sur la valeur objective de l'anamnèse. En des temps successifs les parents varient quant à ce qu'ils rapportent de l'histoire de leur enfant.

Winnicott insiste à de multiples reprises dans *La consultation thérapeutique et l'enfant* sur le fait qu'il préfère voir l'enfant en premier, avant ses parents (par exemple p. 94, 155, 228, 308, 358, 396). Mais ce n'est pas une règle rigide (p. 280). Il faut se méfier de ceux qui, dans notre domaine, disent : « Il faut toujours ..., il ne faut jamais ... ». Nous sommes devant des situations uniques auxquelles il faut savoir répondre.

Winnicott n'est d'ailleurs pas pour autant dépourvu d'informations : les parents ou le médecin traitant lui ont écrit et fourni des détails sur l'histoire de la famille, les troubles de l'enfant, sa situation scolaire (p. 169, 183, 199, 305, 357, 396).

Si l'on ne sait rien de l'enfant avant de le voir, on est tout à fait disponible. Mais on peut aussi ne pas s'apercevoir de l'importance de ce que dit et ne dit pas l'enfant. Dans *L'enfant de six*

ans et son avenir, où il ne s'agissait pas de consultation, mais de recherche, nous avions systématiquement procédé à l'aveugle lors du premier entretien (nous savions que nous aurions d'autres entretiens). L'une des enfants, Carole, m'a parlé de sa nombreuse fratrie avec force détails et précisions, alors qu'elle était enfant unique; son institutrice (c'était le début de l'année scolaire, elle n'avait pas encore rencontré les parents) avait tout autant que moi accrédité cette fratrie.

Mais, si j'avais su que Carole était enfant unique, je ne l'aurais pas confrontée à son «mensonge», dans un interrogatoire policier où il faut établir les faits dans leur vérité. Quand nous recevons successivement les membres d'une famille, nous sommes souvent placés devant des versions différentes et incompatibles. Je recommande à ceux qui débutent dans le métier de lire Pirandello, *Chacun sa vérité,* ou de voir le film d'Akiru Kurosawa, *Rashomon.*

Dans la pièce de Pirandello, un nouveau fonctionnaire arrive dans une sous-préfecture, et la ville s'agite parce qu'on ne voit jamais paraître sa femme. Qui est cette femme ? Monsieur Ponza dit que c'est sa deuxième femme qui par charité ne dément pas Madame Frola, mère de sa première femme, qui la croit sa fille. C'est pourquoi elle vit retirée. Mais Madame Frola soutient que Madame Ponza est sa fille. Deux clans se forment; ils veulent la confrontation pour savoir la vérité. Quand Madame Ponza paraît tout de noir vêtue, à chaque clan elle répond oui; oui, pour Madame Frola, je suis sa fille, la première femme de Monsieur Ponza, oui, pour Monsieur Ponza, je suis sa seconde femme. «Mais pour vous, qui êtes-vous ?». Sur sa réponse s'achève la pièce : «Je suis personne. Je suis celle qu'on me croit». Illustration parfaite d'un faux-self où il ne reste que la soumission au monde extérieur.

Dans *Rashomon* une femme a été violée et son mari tué. Le témoin du viol et du meurtre est médusé parce que trois versions différentes sont données au tribunal par les trois protagonistes : le meurtrier, la femme, l'esprit du mort invoqué outre-tombe; chacun gauchit le récit pour protéger son narcissisme; le témoin lui-même a menti pour qu'on ne découvrit pas qu'il avait volé un poignard précieux.

L'événement n'existe pas à l'état brut. Il est ce que chacun en fait et supporte d'en dire. Nous retrouvons l'intérêt pour

l'organisation défensive et son respect. L'événement manifeste peut avoir été sans importance réelle et la source du traumatisme avoir été inaperçue de l'entourage. La vérité objective importe moins pour nous que la vérité subjective.

Quand on voit conjointement les membres de la famille, on ne peut pas percevoir l'organisation défensive de chacun de la même manière. Devant la contradiction des versions, le silence se fait ou le problème éclate, et les relations que les membres de la famille entretiennent entre eux apparaissent. On assiste à des scènes de types divers. Au mieux la mère de Carole se serait étonnée et aurait dit gentiment à sa fille : « Pourquoi as-tu inventé cela ? » et se tournant vers nous : « Elle désire tellement avoir des frères et sœurs et je ne peux pas avoir d'autre enfant ». Ou bien la mère aurait éclaté en sanglots et en reproches : « Comment as-tu pu dire cela ? Mentir au docteur ». Et se tournant vers son mari : « C'est de ta faute. Tu lui passes tout. Vous jouez ensemble à inventer des histoires invraisemblables ».

S'il nous est utile de connaître l'histoire de la famille et de l'enfant pour commencer de pressentir où se situe le problème vécu par l'enfant, nous ne pouvons faire dans l'entretien avec l'enfant qu'un usage limité ou aucun usage de ce que les parents nous ont dit. Ce qui sera utile pour l'enfant, c'est ce qu'il pourra nous communiquer de sa propre vie. Winnicott y insiste fortement et à juste titre (p. 226, 282, 305).

Il est quelquefois embarrassant de connaître l'existence d'un symptôme dont l'enfant ne parle pas spontanément. Le vol est l'exemple même qui pourrait donner à l'enfant le sentiment d'être pris dans un interrogatoire policier, d'être condamné, ce qui renforcerait ses projections persécutives et sa méfiance. Bruno Bettelheim recommande de ne pas aborder le problème avec l'enfant, mais d'attendre qu'il en parle de lui-même; il se situe dans le cadre d'un internat et non d'une consultation. Winnicott n'hésite pas à introduire le thème au moment où il sent l'enfant prêt et où il pourra lui montrer le sens de ses vols : recherche d'une bonne mère qu'il a eue, puis perdue. Lors d'un entretien avec un garçon de dix ans qui parlait facilement, nous n'avions eu besoin d'aucune médiation, nous avions parlé de ses difficultés scolaires, de sa santé physique, de son père, ses frères. Après un long entretien je me bornai à lui faire remarquer qu'il y avait quelqu'un dont il n'avait pas parlé, sa mère. Alors que

le garçon avait été à l'aise jusque-là, je déclenchai un cataclysme, il fut secoué de sanglots, incapable de parler et c'est en relation avec sa mère que le divorce avait éloignée de lui que nous abordâmes le problème des vols. Le voleur cherche sa mère, dit Winnicott.

Comme toujours dans ce difficile métier, le clinicien navigue entre Charybde et Scylla : le risque d'une intrusion traumatisante et le risque qu'il ne se passe rien de profitable pour l'enfant.

Quand on ne sait rien, on ne joue pas au policier. Mais l'enfant ne croit pas qu'on puisse ne rien savoir. L'adulte est tout-puissant et omniscient. «Mon petit doigt me l'a dit», lui a enseigné sa mère.

Il ne croit pas non plus qu'on ne dira rien à ses parents. Et le problème du secret de l'entretien avec l'enfant doit être discuté.

Winnicott, s'il préfère ne pas voir les parents mais l'enfant en premier, voit les parents longuement ensuite. «Ensuite», ce peut être plusieurs semaines après l'entretien avec l'enfant.

Il est alors intéressé de recueillir toutes les informations possibles sur le passé de l'enfant pour confirmer et éclairer ce qu'il a découvert et compris avec l'enfant.

Il est aussi très soucieux, dans ce travail spécifique qu'il appelle la consultation thérapeutique, de suivre aussi longtemps que possible les effets de l'entretien ou des quelques entretiens et l'évolution de l'enfant. Il téléphone ou écrit aux parents. Cette manière de faire contraste beaucoup avec la réserve habituelle des cliniciens, qui pensent qu'il faut laisser les patients libres de nous quitter, de n'avoir aucun contact avec nous.

Plus encore contraste le choix de Winnicott de parler aux parents de ce qui s'est passé avec l'enfant, de leur montrer les squiggles, de leur raconter un entretien (voir *La petite Piggle).* Nous considérons d'ordinaire que nous devons le secret à l'enfant. Ce que l'enfant a grand-peine à croire : pour lui les adultes sont de connivence. Ce que les adultes (les parents, le personnel de l'école, ceux qui nous ont adressé l'enfant) supportent très mal.

Winnicott ne voit pas les parents immédiatement après l'entretien pour de multiples raisons : de temps, de fatigue, de besoin de connaître les réactions de l'enfant à l'entretien, de désir de ne pas casser ce qui s'est produit en faisant attendre l'enfant

seul dans la salle d'attente tandis qu'il se consacrerait aux parents, etc. S'il communique une partie de ce qui s'est passé aux parents, c'est qu'il attend d'eux qu'ils coopèrent au traitement de l'enfant en comprenant mieux ses symptômes et ses conduites, voire qu'ils le laissent régresser à la dépendance et utiliser la maison comme un hôpital psychiatrique.

De nouveau on ne peut édifier de règle rigide. Il faut dans chaque cas apprécier ce qui sera profitable à l'enfant et à ses parents.

Les parents n'apportent pas toujours leur appui à la thérapie de l'enfant. Dans beaucoup de cas les parents compliquent, par leur ambivalence et leurs résistances, la relation à l'enfant. L'enfant le sent et se trouve devant un choix difficile : faire confiance à l'un est trahir l'autre.

Les parents sont pris dans leurs difficultés propres. C'est parfois leur maladie qui entraîne la souffrance, les troubles du développement, les symptômes de l'enfant. Le clinicien se trouve devant la difficulté de s'identifier à la fois à l'enfant et aux parents. Ce n'est pas toujours aisé. C'est plus difficile au cours d'un traitement suivi que d'un entretien. La difficulté est bien mise en évidence quand plusieurs professionnels s'occupent des différents membres d'une famille et s'affrontent entre eux, chacun s'identifiant à son client.

On en pourrait donner de nombreux exemples, vrais malgré leur outrance caricaturale. Pour des enfants recueillis à l'Aide Sociale à l'Enfance, les travailleurs qui s'occupent de la mère naturelle ne voient que le bienfait qu'elle pourrait retirer d'une reprise des relations avec son enfant, dans les cas mêmes où elle montre trop évidemment qu'elle ne peut pas l'assumer; les travailleurs qui s'occupent de la mère nourricière ne perçoivent pas soit la manière dont elle accapare l'enfant, soit d'éventuels sévices. Ceux qui s'occupent de l'enfant sont singulièrement angoissés et démunis et ne peuvent avancer qu'à pas mesurés, cherchant à maintenir les fragiles liens que l'enfant a noués, mais inquiets de renforcer ces liens qui risquent de n'être pas durables.

Une évolution considérable s'est produite au cours des vingt dernières années, sous l'influence du développement de la psychothérapie du couple et de la famille. Même ceux d'entre nous qui

ne se considèrent pas comme des spécialistes de cet abord familial, nous avons modifié notre manière de travailler. Nous avons insisté plus que par le passé pour voir les pères, qui, de leur côté, sont spontanément venus plus souvent. Nous avons souhaité voir toute la famille, qui ne l'accepte pas toujours.

Certains en sont venus à n'accepter de travailler qu'à partir d'un premier entretien ou de plusieurs entretiens où toute la famille est présente.

Il n'est pas possible de présenter un tableau simple d'un premier entretien familial, parce que, comme nous l'avons dit au chapitre I, il existe tout un éventail de théories et de techniques.

Certains codifient rigoureusement leur protocole. Par exemple Mara Selvini-Palazzoli et al. travaillent ainsi : un couple (homme et femme) de thérapeutes est avec la famille, un autre couple de thérapeutes derrière le miroir à vision unique est en meilleure position pour ne pas se laisser piéger et interviendra éventuellement auprès du premier couple; une interruption prend place, une concertation a lieu entre les thérapeutes qui rédigent ensemble la prescription à la famille; les entretiens peuvent être isolés, mais s'il y a décision de thérapie, le contrat précise le nombre de séances, dix, contrat renouvelable une fois. Maria Selvini-Palazzoli et al. sont ceux qui exposent de la manière la plus claire l'arrière-plan de la théorie communicationniste.

La plupart tiennent à la neutralité du cadre. Mais Minuchin au contraire va à domicile et considère que le traitement d'une anorexie mentale suppose qu'on prenne un repas avec la famille.

Les psychanalystes sont plus souples sur le nombre et même le sexe des thérapeutes, mais exigeants sur d'autres points. Ruffiot (p. 49-50) les précise ainsi : 1) règle de présence bi-(ou multi-) générationnelle simultanée; il n'accepte pas que la séance ait lieu si deux générations (au moins) ne sont pas présentes; 2) règle d'association libre; c'est la règle fondamentale de la psychanalyse; Ruffiot (p. 50-51) donne sa formulation détaillée dont nous citons quelques extraits : « (...) Chacun de vous est invité à parler librement, quand il en a envie, et du sujet qu'il désire. Vous pourrez remarquer que nous attachons beaucoup d'importance aux pensées, autant d'importance aux pensées qu'aux événements de la vie familiale (...) Le plus simple est de dire ce qui vous vient à l'esprit ici. Vous pourrez aussi nous parler de vos pensées

de la nuit, c'est-à-dire de vos rêves (...)». 3) règle d'abstinence : «La fonction des patients est la parole, et seulement la parole; la fonction des thérapeutes est l'écoute et l'interprétation».

Pour les communicationnistes, la parole est une conduite de communication. Pour les psychanalystes la parole est voie d'accès aux fantasmes, aux rêves et à l'inconscient.

Tous s'intéressent à ce qui se passe entre les générations : les uns aux interactions directes, les autres à la manière dont l'Oedipe et les fantasmes d'une génération organisent ceux des générations suivantes et dont chacun est pris dans la légende familiale.

Dans le mouvement incessant des idées, il est trop tôt pour juger quelle approche est décisivement meilleure. Ceux qui sont passés à la pratique systématique de l'entretien familial quand on demande une consultation pour un enfant n'ont pas encore assez de recul pour comparer statistiquement les résultats obtenus ainsi avec les résultats obtenus dans la pratique classique des entretiens individuels. Il est possible que ce ne soient pas les mêmes enfants et les mêmes familles qui bénéficient le plus de l'une ou l'autre approche.

Il est souhaitable que, pour les problèmes les plus difficiles (la psychose, l'anorexie mentale), tout soit tenté pour élargir les limites de notre efficacité thérapeutique.

De toutes façons que l'on pratique l'entretien duel ou l'entretien familial, c'est toujours l'enfant et sa famille dont il est et ne peut pas ne pas être question quand on s'entretient avec un enfant.

L'un des aspects de notre action est de permettre une parole plus libre entre l'enfant et nous, l'enfant et les siens, une communication plus authentique et plus en accord avec les actes.

CHAPITRE VI

L'entretien avec l'adolescent

par Marie-France CASTARÈDE et Colette CHILAND

1. L'ADOLESCENCE DANS LE MOUVEMENT DE L'EVOLUTION

Avant d'aborder directement le problème de l'entretien avec l'adolescent il nous faut sacrifier à la nécessité très répandue aujourd'hui de s'expliquer sur les aspects spécifiques de la crise adolescente dans nos sociétés post-industrielles. Sans doute la floraison de travaux et d'écrits sur l'adolescence a-t-elle pour fonction de donner une image plus rassurante du désarroi et du changement social. D'ailleurs, dans les sociétés stables ou fortement structurées, le passage de l'enfance à l'âge adulte s'opère sans débordement inquiétant : même la révolte et l'opposition, toujours fréquentes à cet âge, s'inscrivent dans des comportements plus ou moins attendus, trouvent des issues tolérées et tolérables. Aujourd'hui, plus pressantes et angoissantes sont les figures que prennent la contestation et le désarroi adolescents.

Mais, avant d'en examiner en raccourci certains éléments originaux, situons l'adolescence, comme Freud nous y a invités le premier, dans la continuité de l'évolution affective. L'adolescence est tributaire, dans son évolution, de l'enfance et des modalités d'investissements qu'elle a suscitées : la puberté « est la première répétition de la période sexuelle infantile » (Anna Freud, *Le moi et les mécanismes de défense,* p. 125). Plus neuve et moins mise en lumière est l'idée que l'adolescence noue des

liens très étroits avec la période de latence qui n'est pas, comme on le dit d'une manière trop simpliste, qu'une mise en sommeil pure et simple des conflits sexuels de l'enfance : « La période de latence est une période d'attente et l'adolescence doit être ce qui couronne l'attente incluse dans la période de latence. Dès lors la puberté, qui met fin à cette attente, et qui la couronne, selon qu'elle la satisfasse ou pas, peut être vécue comme organisante ou désorganisante, ou encore peut-être être passée sous silence d'une certaine manière ». (Evelyne Kestemberg, 1980, p. 524). Des conflits et des souffrances inéluctables, dus aux frustrations affectives de l'enfance par rapport aux objets d'amour privilégiés que sont les parents, trouvent un dépassement et un exutoire au moment de l'adolescence, à condition bien sûr que celle-ci offre des possibilités d'ouverture et d'investissement satisfaisantes.

Les premières expériences amoureuses revêtent, de ce point de vue, une importance décisive. Si elles s'expriment dans l'indifférence cynique et pragmatique de la libération sexuelle, elles n'auront de valeur ni réparatrice ni annonciatrice : ni deuil ni création ... puisque le monde des désirs et des fantasmes est expulsé ou aplati dans une réalité sans saveur ni relief qui n'est pas reliée aux expectatives de l'enfance. De ce point de vue, la citation freudienne garde son sens, même à l'époque où les tabous sont renversés et la liberté sexuelle préconisée : « La valeur psychologique du besoin amoureux baisse lorsque la satisfaction lui est rendue facile » (S. Freud, 1912, tr. fr. p. 63).

Au contraire, il y a des amours qui ont une valeur maturative et organisante, précisément parce que la participation affective et émotionnelle les dirige et les vivifie: « Je crois que le manque de toute participation émotionnelle très profonde constitue un désastre sur le plan psychologique ... Un engagement trop précoce dans la gratification sexuelle interfère sur le développement des sentiments réels et tendres d'amour et d'émerveillement ». (H. Deutsch, *Problèmes de l'adolescence,* tr. fr. p. 112-113). Dans ses lettres à un jeune poète, Rilke parlait à propos de l'amour de « l'appel du large, de la haute exigence » ... Alors « aimer devient renaître » et l'adolescent tire un sentiment exaltant de cette revanche prise sur la douloureuse exclusion de la situation œdipienne. Culturellement il est à peu près évident

qu'aujourd'hui l'amour, en tant qu'expérience unique, intime, créatrice, est soumis à rude épreuve : « Le développement de l'érotisme ou simplement la facilitation de l'accomplissement sexuel, et l'assouplissement général des traditions et des préjugés concernant les relations du couple (quelle que soit la composition de celui-ci), en levant bien des obstacles et en abrégeant ou supprimant bien des frustrations, a affaibli le dynamisme de la pulsion sexuelle et rendu plus précaire et plus rare l'état de passion amoureuse ». (C. David, *L'état amoureux,* p. 199).

D'ailleurs, certains adolescents, conscients des excès de la libération sexuelle, s'insurgent contre ce nouveau conformisme et veulent restaurer la ferveur affective : « La liberté sexuelle ... toutes les libertés sont tombées en même temps ... peut-être un peu brusquement; ce qui fait que les adolescents n'ont pas exactement le sens de la responsabilité. J'ai l'impression qu'on a employé les libertés à tort et à travers ... je crois que la jeunesse souffre de ne pas avoir certaines valeurs en référence ... je veux dire qu'il n'y a plus de morale ... pourtant je crois qu'un être humain ne peut pas vivre sans avoir de références morales. Les jeunes n'ont pas pris conscience de tout ce que pouvait apporter une liberté ... Ils sont un petit peu démunis et cela leur apparaît non pas comme une liberté mais comme un vide ... Je crois que l'important, c'est de savoir faire la différence entre ce qu'on a vraiment envie de faire fondamentalement et ce qu'on fait par désœuvrement, pour voir ... Les filles ne réfléchissent plus si elles ont vraiment envie d'avoir un rapport sexuel pour d'autres raisons que la curiosité », nous confie Roselyne (étudiante, 21 ans).

Winnicott dit très bien que « Le développement des méthodes contraceptives a rendu l'adolescent libre d'explorer tout le domaine de la vie sensuelle sans souffrir cette effroyable inquiétude qu'implique la conception accidentelle ». (L'adolescence, 1961-1962, in *De la pédiatrie à la psychanalyse,* tr. fr. 1969, p. 261).

Encore faut-il qu'il s'agisse d'une *liberté* d'explorer, non d'une compulsion ou d'une contrainte, d'une pression exercée par les adultes ou le groupe de pairs; on n'est pas normal si l'on n'a pas de relations sexuelles; on en a sans grand plaisir et sans grand sentiment. Au lieu d'épanouir et d'étendre les intérêts, cette décharge pulsionnelle semble vider l'adolescent de tout

intérêt et renforcer sa «morosité», comme s'il fallait pour qu'elle soit productive que l'énergie pulsionnelle soit canalisée, rencontre des obstacles à sa décharge, qu'un certain degré de conflit entre le moi et le surmoi contraigne à l'élaboration, que les «harmoniques» des satisfactions dérivées et sublimées viennent enrichir la satisfaction libidinale directe. On crie dans *Marat-Sade* : «Copulation, révolution !», mais Jacques Audiberti, dans *Le mal court* met plus justement dans la bouche d'un de ses personnages : «Avec la clarinette n'entre pas l'intelligence !».

Dans un autre domaine, l'adolescence va prendre valeur de couronnement de la période de latence : celui des projets, du devenir professionnel, du sens à donner à la vie ... Là aussi les caractéristiques culturelles vont imprimer leur marque à la crise d'adolescence. On sait bien aujourd'hui que les adolescents ne sont guère enclins à ces utopies métaphysico-politiques qui entretiennent le rêve et l'illusion mais en même temps permettent une projection dans l'avenir d'un monde réformé et meilleur. La période qui a suivi immédiatement mai 68 est souvent évoquée avec nostalgie, car elle contenait ces élans, ces aspirations ... même si certaines désillusions étaient au bout du chemin. On n'entend parler depuis quelques années que d'ennui, de morosité, de «mornitude», de crainte du chômage et de l'avenir... Là aussi la déception de l'adolescent peut être cruelle, d'autant qu'il a travaillé pendant la période de latence à l'intérieur d'un système scolaire souvent contraignant et peu satisfaisant, avec l'espoir que ses efforts et ses exercices quotidiens serviraient un projet de vie dont il devient réellement responsable à l'adolescence. Dans les civilisations dites primitives, ou plus près de nous dans les sociétés plus stables ou plus porteuses d'espoir (nous pensons même ici à l'après-guerre des sociétés européennes qui avaient à reconstruire un pays, une économie, un bien-être social), l'adolescent pouvait vivre à travers les mythes collectifs et s'y insérer. Le repli actuel des adolescents vers leurs familles et leur cadre de vie quotidien montre bien la crise des valeurs et des idéologies. Certains sont en quête d'une authenticité dans leur vécu quotidien; d'autres errent à la recherche d'une structure sur laquelle projeter leurs espoirs et leur besoin d'affiliation ou de communauté (sectes, bandes, groupements, communautés ...); d'autres encore développent des «expériences culturelles» destinées à leur ménager un espace entre leur subjectivité et la réalité

extérieure. Rares sont les perspectives d'insertion et de vie, susceptibles de combler les aspirations. Ainsi « le risque existe de l'envahissement de l'aire transitionnelle par l'instinct de mort, de par les angoisses de séparation, de persécution ou de castration, plus ou moins amplifiées par l'entourage maternel, familial ou socio-culturel et aboutissant au délire de la psychose, à la fétichisation de la créativité, à la délinquance, à la toxicomanie, quand ce n'est pas tout bonnement au vide conformiste des fruits secs, faux-self ou autre ». (R. Cahn, 1980, p. 540-541).

Pourtant, l'adolescent a besoin d'être protégé contre sa *dépression,* d'être soutenu dans son « struggling through *the doldrums* », sa lutte contre le cafard, comme dit Winnicott. Cette dépression est plus ou moins consciente, plus ou moins ressentie comme telle; l'adolescent dit qu'il n'a pas demandé à venir au monde et qu'il veut fuir cette vie. Larvée, la dépression conduit à l'ennui, à ce qu'on appelle la « morosité », le spleen, au désintérêt scolaire massif dans nos collèges et lycées. Elle peut être masquée dans une fuite en avant, la drogue, la délinquance. L'accroissement des conduites suicidaires (tentatives de suicide et suicide) trahit la difficulté des adolescents de « travailler » leur dépression, de la surmonter.

La dépression est liée à la perte des objets parentaux idéalisés de l'enfance, au processus de désidéalisation des images parentales. L'adolescent a besoin de s'identifier à ses parents pour construire son identité. Si la désidéalisation des images parentales est trop intense, si les parents la confirment par leurs conduites inadéquates, l'adolescent doit se tourner ailleurs vers les idéaux religieux ou politiques, vers le groupe des pairs; les deux se combinent souvent : les « groupuscules » politiques d'*extrême* droite ou gauche, les sectes attirent les adolescents en difficulté. Le groupe des pairs joue un rôle non négligeable dans le phénomène contemporain de la drogue.

Aussi pensons-nous qu'une société doit, *à tout prix,* offrir à l'adolescence des issues valables pour endiguer son désespoir et canaliser ses énergies : « Laissons les jeunes changer la société et enseigner aux adultes comment voir le monde d'un œil nouveau ». (Concepts actuels du développement de l'adolescent, leurs conséquences quant à l'éducation, 1968, tr. fr. *Jeu et réalité,* p. 207).

Ainsi, à travers ces expériences, dans le domaine de l'amour comme dans celui du projet de vie, les adolescents sont confrontés au monde extérieur et aux adultes qui le composent, adultes qui se trouvent progressivement dépourvus des caractéristiques idéalisées projetées dans l'enfance. C'est à ce point de rencontre que la crise des adolescents est indissociable de la crise des adultes.

Il y a deux attitudes néfastes de la part des adultes :

1. l'autoritarisme aveugle et obstiné,
2. la complicité ou la connivence,

qui sont les deux faces d'un même malaise ...

Contestés par leurs adolescents, incertains de leurs choix et de leurs valeurs, mécontents de leur vie, certains parents adoptent soit la première attitude, qui consiste à s'opposer à tous les changements incarnés par la jeunesse en matière de mœurs, modes d'existence (voyage, découvertes en groupe), facilités de rencontres, projets de vie, etc. dans un refus crispé; soit la seconde, qui au contraire s'exprime par le désir d'imiter les adolescents dans leurs comportements (vêtements, mode, musique, liberté sexuelle ...).

Ces deux attitudes, qui empêchent la confrontation de l'adolescent avec l'adulte, rendent difficile toute problématique d'identification. En fait, il faut laisser l'avenir ouvert à l'adolescent soit pour contester, soit pour se frayer une autre voie. L'adulte n'a pas nécessairement à fournir des modèles à l'adolescent; il doit plutôt nourrir la capacité de trouver des modèles, l'aider à se projeter dans l'avenir, à retrouver le désir de complétude et la continuité de son désir.

Si l'adulte ne cherche qu'à rejoindre l'adolescent, il lui obstrue l'avenir par un mécanisme de contre-identification qui est nuisible : cette contre-identification détermine de la nostalgie parce qu'elle n'ouvre aucun espoir. Si, au contraire, l'adulte s'enferme dans une position autoritaire et inaccessible, il empêche l'adolescent de se mesurer et de rivaliser avec lui : il y a une certaine incapacité chez les adultes à se remettre en question, à relativiser leur éducation, leurs valeurs, leurs idéaux, qui engendre l'incommunicabilité et la dépression chez l'adolescent, qui ne peut se sentir reconnu dans ses aspirations. «Il y a deux

solutions qui sont mauvaises, d'une part la famille trop traditionnelle où les parents savent tout et n'ont rien à apprendre des jeunes, et d'autre part la famille où les parents s'écrasent et pensent que les jeunes savent tout » (R. Diatkine, inédit).

D'ailleurs, ces deux positions extrêmes peuvent être éclairées si l'on comprend, qu'à travers leurs enfants, c'est à leur propre adolescence que les parents sont confrontés. Certains parents auront des difficultés à affronter la reviviscence de certaines forces pulsionnelles, sexuelles ou agressives, qu'ils ont d'une façon ou d'une autre refoulées, contrôlées ou sublimées, au prix d'une certaine souffrance ou d'un certain renoncement : si, à l'occasion d'un ou de plusieurs entretiens, les parents peuvent renouer avec leur propre passé pulsionnel et les conflits qu'il a engendrés, on assiste à un déblocage et du coup à une meilleure empathie pour le cheminement de leurs adolescents.

Plus perverse est la position d'excessive complicité qui consiste pour les parents à vivre par procuration ou en la copiant l'adolescence de leurs enfants avec les bénéfices qu'ils en retirent. Là aussi ils ressuscitent par adolescents interposés leurs propres émois sexuels et se vengent d'une éducation passée moins tolérante par une libération, qui peut être d'autant plus subite et intense que la contrainte a été plus forte et mal supportée, et que, par ailleurs, la vie se raccourcissant, le temps presse de satisfaire ses désirs : « Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable » ... selon le titre d'un roman de Romain Gary, écrivain qui a marqué beaucoup d'adultes de notre génération. L'adolescent, au lieu de se structurer dans la double différence des sexes et des générations, perd fantasmatiquement le sens de sa lignée et donc de son avenir : l'adulte devenu copain ferme son projet et rompt sa trajectoire.

Mais que signifie la crise parentale ? Elle consiste pour les parents à surmonter l'émergence d'une sexualité nouvelle chez leurs adolescents, avec les fantasmes attachés à l'inceste rendu possible; à atténuer leur désir de maîtrise à un moment où l'adolescent fuit le milieu familial, où il noue de plus en plus des relations avec le monde extérieur, et garde secrets ses pensées et ses désirs; à tolérer l'agressivité camouflée ou non, qui infiltre les nouvelles relations entre eux-mêmes et leurs adolescents. Bien des parents ne supportent pas que leur adolescent « leur réponde », comme si avec la disparition du « respect qui leur

est dû» s'effondrait une barrière protectrice. Au lieu de prendre avec humour une insolence provocatrice, mais pleine d'innocuité, ils entrent dans le cycle de la violence. De même les parents doivent accomplir un travail de deuil, en retour de celui de leurs adolescents. Comme le souligne Widlöcher (1976), des orientations ont souvent été prises en commun, qui sont remises en cause par les adolescents; l'idéal du moi des parents se projetait à travers les perspectives d'avenir de leurs enfants, qui ne sont plus partagées à l'âge de l'adolescence. «C'est en quelque sorte à un double dégagement que parents et enfants sont confrontés : d'une part, les parents doivent moduler en fonction de la réalité leur idéal du moi projeté sur l'adolescent, en même temps que celui-ci fait le deuil de cette idéalisation infantile dont il était porteur; d'autre part, l'adolescent doit remanier la toute-puissance et l'idéalisation protectrice dont il parait ses parents en même temps que ces derniers doivent accepter de ne plus être l'objet privilégié du choix de leurs enfants». (D. Marcelli et A. Braconnier, 1980, p. 477).

En écho à la «crise adolescente» répond donc «la crise parentale» et, comme le montrent bien Marcelli et Braconnier, la crise de l'adolescent devient pathologique et déviante lorsque, de leur côté, les parents ne peuvent pas assumer leur propre «crise parentale». En revanche, l'adolescent finit par surmonter même des crises graves sur le plan comportemental et psychodynamique si les parents peuvent aussi traverser sans trop de heurts leur propre «crise».

Au-delà de toutes ces considérations, la meilleure manière d'accompagner la crise de ces adolescents, c'est de se sentir, autant que faire se peut, bien avec soi-même, en tant qu'adulte ... Peu ou prou, l'envol des adolescents hors du nid familial coïncide pour les parents avec ce que certains psychanalystes ont appelé «la crise du milieu de la vie» ... Quadragénaires ou quinquagénaires, ils vivent un tournant de leur vie : «L'idéalisme et l'optimisme de l'adolescent finissant et du jeune adulte, corrélatifs du clivage et de la projection de la haine, sont dépassés et supplantés par un pessimisme plus contemplatif. Un conservatisme plus réfléchi et plus tolérant se substitue à une impatience et à une exigence radicales. La croyance en la bonté naturelle des hommes est remplacée par la reconnaissance et l'acceptation du fait que la bonté naturelle s'accompagne de haine, de pul-

sions destructrices internes et que cela contribue à la misère et au tragique de la condition humaine ».

Dans une autre perspective, Bianca Zazzo nous livre des réflexions comparables : « Le fait le plus intéressant que nos résultats ont permis de dégager, c'est que les adultes qui condamnent les jeunes se recrutent de préférence parmi ceux qui sont le moins satisfaits de leur situation d'adultes, alors que ceux qui émettent des opinions favorables et même laudatives sont en général des gens à leur aise dans leur condition d'adulte ... L'inquiétude n'est pas génératrice de tolérance, même si à première vue elle induit des complaisances et des attitudes de complicité. C'est en assumant avec succès ses propres rôles que l'adulte devient plus facilement apte à mieux comprendre ceux qui ne le sont pas encore » (Bianca Zazzo, 1972, p. 10 et p. 357).

On comprend pourquoi il est important que les adultes *soient solides* et *survivent.*

Etre solide suppose un minimum d'estime de soi et de confiance en ses positions. L'adulte intolérant et rigide n'est pas solide, il ne peut tolérer la moindre déviation par rapport à sa norme; l'adolescent ne peut que se soumettre et démissionner ou casser toute relation. L'adulte qui a peur n'est pas solide non plus; il recourt à toutes sortes de mesures qui ne visent pas le bien de l'adolescent, mais sa propre protection. L'adulte qui envie l'adolescent n'est pas solide non plus; il se dévalorise, est évanescent en temps que support d'identification et force d'opposition. L'adulte en désarroi ne suit pas une ligne continue et n'offre ni protection ni soutien. Ne peut répondre aux besoins de l'adolescent que l'adulte qui échappe à toutes ces contre-attitudes.

Au milieu des difficultés, en face d'adolescents exigeants ou inconscients, qui les mettent par des actes délictueux dans des difficultés sérieuses, matérielles et morales, les parents doivent être capables de supporter à la fois les reproches de leurs enfants, leur propre peine et leur jalousie.

Un de leurs meilleurs atouts est d'aimer la vie, de trouver du plaisir dans leur activité, d'attacher de la valeur à leurs idées, d'avoir quelques convictions. Suffisamment assurés d'eux-mêmes, ils peuvent supporter les attaques de leurs enfants. Ils peuvent supporter de tout faire et tout donner à des adolescents qui ne coopèrent guère dans la vie quotidienne, mais qui finale-

ment, devenant compétents dans leur sphère propre, enrichissent leurs parents, si ceux-ci sont capables d'apprendre quelque chose de leurs enfants sans se sentir diminués, s'ils ont surmonté et intégré leurs réactions d'envie et de jalousie. Cela suppose que les parents ne ressentent pas avec intensité la menace de vieillissement et de la mort. C'est ce que Winnicott disait : «Without changing colour, without relinquishment of any important principle». Encore faut-il avoir des principes, ce qui ne va pas de soi dans ce monde en changement où les parents ne peuvent se référer sans plus à la tradition et aux principes de leurs parents. Il leur faut effectivement être capables de continuer à grandir.

2. L'ENTRETIEN AVEC L'ADOLESCENT

Les caractéristiques de l'entretien avec l'adolescent découlent des caractéristiques de l'adolescence comme période de transition et comme crise dans notre culture.

L'adolescent n'est plus un enfant, dépendant de ses parents et le sachant, conduit à la consultation par ses parents en règle générale et malgré les exceptions que nous avons signalées.

Au plan biologique, il y a une césure. Plus nette, plus précoce, plus dramatique pour les filles avec l'apparition des règles que pour les garçons avec la première éjaculation. *Au plan psychologique la frontière est floue.* Et il y a parfois une étonnante dysharmonie, dans un sens ou dans l'autre, entre les transformations corporelles et la maturité psychologique.

Ainsi Paule à 14 ans vient seule voir l'une de nous. Elle est de très grande taille, gentiment habillée, et paraît être une adolescente accomplie de 16 ou 17 ans. En fait elle est encore une enfant timide, s'exprimant à voix basse et nous confiant le motif de sa démarche; elle est énurétique et voudrait être débarrassée de ce symptôme. A la fin de l'entretien elle sort de son sac, comme une dame, l'argent donné par sa mère pour payer la consultation.

Cet exemple illustre bien la situation de l'adolescent. Il est capable de faire seul la démarche de consulter. Et même souvent la consultation ne sera fructueuse que s'il a fait seul cette démarche, ou exprimé lui-même la nécessité de consulter. Mais il est dépendant de plusieurs manières et ne peut effectuer cette

démarche sans le soutien de ses parents. Ce soutien est *légal* d'abord; car, si la majorité a été abaissée à 18 ans (loi du 7 juillet 1974), avant cet âge l'autorisation des parents est en principe nécessaire; or il arrive que les adolescents viennent nous consulter à cet âge, d'eux-mêmes, à l'insu de leurs parents ou contre l'avis de leurs parents qui pensent et disent qu'on doit s'en sortir seul, par sa volonté et nous redoutent comme si nous étions les chefs d'une nouvelle secte. Ce soutien est *économique;* certes nous pouvons recevoir gratuitement l'adolescent soit dans une consultation publique, soit en privé; mais l'adolescent se sent mal à l'aise de cette faveur quand le non-paiement n'est pas la règle habituelle. Le soutien est *affectif* enfin, et le besoin de ce soutien met en évidence la situation de *dépendance* très particulière de l'adolescent; il ne se veut pas, ne se sait pas, ne s'accepte pas dépendant. Jusqu'à 16 ans, la fréquentation de l'école est obligatoire et la dépendance économique s'ensuit. Ensuite, il pourra travailler à temps plein, à temps partiel ou de manière saisonnière. A 18 ans il accède à la majorité légale et au droit de vote. Mais ni l'âge de 16 ans, ni l'âge de 18 ans, avec leurs conséquences sociales ne marquent clairement *la fin de la dépendance psychologique* qui devrait caractériser *l'entrée dans l'âge adulte.*

L'adolescence se situe donc *entre deux frontières floues. L'adolescent n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte.* Si Winnicott a nommé *double dépendance* la dépendance totale du nourrisson qui est dépendant et ne le sait pas et *dépendance simple* la dépendance de l'enfant qui est dépendant et le sait, la dépendance de l'adolescent est *conflictuelle.* Elle n'est ni totale, ni simple, ni reconnue par lui ou par les autres. Le monde adulte lui conteste aussi bien la proclamation de son autonomie que le refus de ses responsabilités. Quand il est consciemment révolté contre ses parents, l'adolescent ne mesure pas ce que cette révolte comporte d'attachement à ses parents.

Tout cela doit être présent à l'esprit du clinicien qui écoute un adolescent se plaindre de ses parents. S'il n'approuve pas les propos de l'adolescent, il a l'air de prendre le parti des parents, et l'adolescent ne se sent pas compris. S'il abonde dans le sens de l'adolescent, l'adolescent se sent atteint.

Ainsi Adrien, déjà majeur, se plaint de l'incompréhension de ses parents, de leur surveillance tâtillonne de ses dépenses,

de leurs avertissements contre les risques liés à la vie sexuelle, etc. Mais quand on l'invite à ouvrir un compte à son nom à la banque, puisqu'il gagne quelque argent, et à payer lui-même ses consultations dont il est par ailleurs remboursé, quand on lui rappelle l'existence des méthodes modernes de contraception, il se sent doublement en danger : de dilapider son argent et de consommer trop facilement la sexualité sans les interdits et la protection des parents; de voir ses parents attaqués et dévalorisés. Il se plaint de ses parents, mais il ressent profondément leurs interdits comme protecteurs. Il a besoin que ses parents conservent une valeur objective et soient réhabilités contre ses attaques.

Le mouvement de désidéalisation des images parentales décrit plus haut entraîne une perte d'objet, une dépression que l'adolescent supporte mal. Pour combler ce vide, l'adolescent se jette avec utopie dans l'idéologie, a besoin des copains, est aspiré par des groupes, groupuscules ou sectes divers et, au pire, par la drogue. Mais en accentuant la perte des objets parentaux, ces pseudo-remèdes aggravent la dépression.

Pour aider l'adolescent, le clinicien doit naviguer entre deux écueils contre-transférentiels : l'identification à l'adolescent, l'identification aux parents, et tenir cette position si difficile entre la compréhension de l'adolescent et le maintien d'exigences à son égard. La tâche est plus facile pour le clinicien que pour les parents : son narcissisme n'est pas engagé de la même manière et la pression ne dure que le temps limité de l'entretien. D'un côté, même si l'adolescent récuse notre possibilité de le comprendre parce que nous n'avons pas expérimenté le «joint» et le «shoot», l'accompagner dans sa lutte n'est pas l'accompagner dans ses transgressions. De l'autre côté, si la mère ne peut vivre sans haine les exigences avides et illimitées de son nourrisson (il faut relire le texte admirable de Winnicott, La haine dans le contre-transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse,* tr. fr. 1969, p. 48-58), combien difficiles a fortiori seront les exigences d'un nourrisson gargantuesque de 1m80 et de 18 ans qui ne veut rien entendre de la fatigue et des besoins de sa mère, et ne supporte ni la solitude ni le partage.

Qu'est-ce qui conduit l'adolescent à demander ou accepter un entretien ? Aujourd'hui comme hier, ce peuvent être les premiers signes d'une organisation pathologique. C'est à la pré-

adolescence qu'apparaissent des névroses ressemblant à celles des adultes. C'est à l'adolescence qu'apparaît la schizophrénie : un adolescent jusque-là brillant cesse de travailler au lycée. Mais, comme l'a bien montré Pierre Mâle, à l'adolescence le tableau peut prendre une allure impressionnante de gravité, et pourtant l'adolescent bien accompagné peut sortir de ce qui n'aura été qu'une « crise normative » comme l'écrit Erik Erikson : « L'adolescence n'est pas une maladie mais une crise normative, c'est-à-dire une phase normale d'un conflit accru, caractérisé par une apparente fluctuation de la force du moi, aussi bien que par un potentiel de croissance élevé. Les crises névrotiques et psychotiques se définissent par une certaine propension à s'éterniser, par un gaspillage croissant d'énergie défensive et par un profond isolement psycho-social; tandis que les crises normatives sont relativement plus réversibles ou, mieux, traversables et sont caractérisées par une abondance d'énergie disponible qui, certes, ravive des angoisses dormantes et suscite de nouveaux conflits, mais soutient aussi de nouvelles et de plus larges fonctions du moi dans la recherche joyeuse de nouvelles possibilités et de nouvelles rencontres ». *(Adolescence et crise,* tr. fr. p. 161).

Aujourd'hui plus qu'hier on consulte pour une dépression qui n'est pas ressentie comme telle, mais se masque derrière l'échec et le désintérêt scolaire. La fréquence en est d'autant plus grande que l'obligation est faite aux jeunes de fréquenter l'école jusqu'à 16 ans sans que l'école ait accompli la mutation d'une école pour l'élite (si ce n'était l'élite, c'était en tout cas 10% de la population) à une école de masse. Christophe, 17 ans, 1m90, vient voir l'une de nous de lui-même parce qu'il ne parvient pas à s'intéresser à ses études. Les méthodes d'enseignement jouent-elles un rôle ? Il répond sans révolte : « Les professeurs sont de « braves mecs ». Mais ils ne peuvent rien contre le programme ». Le « programme » lui apparaît comme une nécessaire brimade imposée aux jeunes de génération en génération. Et il conclut l'entretien : « Vous savez, il y en a beaucoup comme moi ».

Les adolescents s'ennuient au collège et au lycée et ils vivent la perspective de travailler comme la suite inévitable de cet ennui : « Métro, boulot, dodo ». Il faut s'évader dans le voyage : la drogue, la route, ou les deux. Ou fuir la pollution, l'école et la ville vers l'écologie, le miel et les chèvres.

Aujourd'hui cette dépression larvée ou manifeste prend parfois la forme de la toxicomanie avec ses dangers vitaux et sociaux : la mort par overdose ou délabrement physique, la prison pour trafic de drogue ou actes de délinquance pour se procurer de la drogue, etc.

Par les actes de délinquance l'adolescent a toujours bravé la société. Par la toxicomanie il joue avec la mort.

A ce moment de l'adolescence où la « crise normative » peut être une poussée de vie, la problématique de la mort est toujours présente. Accéder à la force physique, à la puissance sexuelle, avoir un métier, voire y exceller, c'est détrôner les parents, prendre leur place, les pousser dans la vieillesse et la mort. Ce fantasme émerge parfois directement.

Ainsi Paule, dont nous avons parlé plus haut, confrontée au statut de bébé que lui donne son énurésie, éclate en sanglots et nous confie son besoin d'être aimée, dorlottée, câlinée, tandis que sa mère la traite en adulte. Suit un épisode de phobies nocturnes et d'insomnie. Elle obtient d'installer un lit de camp dans la chambre de sa mère; l'insomnie et l'énurésie disparaissent. Quand elle se réveille la nuit, elle va réveiller sa mère et dit spontanément qu'elle a besoin de vérifier que sa mère est bien vivante. Grandir, c'est voir vieillir et mourir sa mère.

L'adolescent, maintenant capable de réalisations sexuelles complètes, redoute la séduction et recherche la protection d'un surmoi. Il faut, sinon incarner ce surmoi, du moins lui verbaliser le besoin qu'il en a.

La problématique de l'adolescent vis-à-vis des figures parentales nous conduit à décider dans chaque cas avec l'adolescent lui-même si l'on verra ou reverra ses parents et dans quelles conditions.

L'adolescent a besoin qu'on l'écoute en interlocuteur valable, qu'on accueille avec intérêt ce qu'il dit, qu'on soit prêt à apprendre quelque chose de lui. Il est alors disposé à accepter quelque chose de nous.

Cela explique la facilité plus grande qu'on ne l'aurait imaginé des entretiens de recherche avec des adolescents.

Ainsi dans des entretiens de recherche avec des adolescents de 16 à 21 ans, sur le thème des relations actuelles entre filles et garçons (M.F. Castarède, 1977) ils nous ont apporté leur confiance : hormis une adolescente qui n'a pas désiré poursuivre

sur un sujet où elle était mal à l'aise, nous avons pu réellement «rencontrer» tous ces jeunes, garçons et filles, chacun avec leurs caractéristiques, dans un échange presque toujours riche et vivant ... échange, malgré le cadre de l'entretien non directif, car s'ils ont parlé, là où nous nous tenions dans une position plutôt discrète d'attente ou de relance, il est sûrement passé quelque chose d'eux à nous, et de nous à eux... La communication non verbale est une réalité de l'entretien et agit d'abord par l'élaboration d'une attitude chez l'interviewer qui retentit immanquablement chez l'interviewé ... Ces entretiens de recherche, comme leur nom l'indique, n'étaient justifiés que par nos propres recherches; mais c'est volontairement que chaque adolescent est venu pour un entretien, bien qu'il en ignorât le thème.

Toucher à la sexualité, aux relations avec l'autre sexe est un sujet particulièrement brûlant à l'adolescence; mais ces jeunes tout-venant ont parlé avec une relative aisance de ces questions importantes pour eux. Bien sûr, au-delà du contenu manifeste on pouvait repérer des défenses, des précautions, des rationalisations, des failles suscitées par le contenu latent. Mais notre projet n'était d'aucune manière thérapeutique et nous nous abandonnions volontiers à notre curiosité concernant leurs attitudes, leurs positions avouées, leur discours manifeste, leurs expériences vécues, telles qu'ils les racontaient et les présentaient.

Nous voulons ici mentionner quelques aperçus sur cette transaction adultes-adolescents.

Nous intéressant à l'adolescence, nous nous étions préparées à ces entretiens, sans doute d'abord en nous référant dans nos souvenirs à notre propre adolescence. C'était un peu pour «comparer», «décrire» et «ressentir» des ressemblances et des différences que nous nous étions mobilisées sur ce sujet ... Et nous pensons sincèrement avoir ressenti de l'empathie pour les adolescents rencontrés.

Nous avons eu en retour le sentiment d'être perçues d'emblée comme adultes et comme femmes adoptant une attitude de relative complicité. Il nous semble avoir presque totalement échappé, plus facilement avec certains qu'avec d'autres, aux projections concernant une position de parent inquisiteur, moralisateur ou rigide. Les clivages socio-culturels de langage et d'expression ont été plus forts que d'autres : ce sont les adolescents ayant arrêté

tôt les études et déjà lancés dans la vie professionnelle qui ont eu des difficultés à s'exprimer et à élaborer leur vécu affectif; pour les autres, de quelque origine sociale qu'ils soient, l'ouverture et la confiance ont été facilement acquis. Nous faisons l'hypothèse que beaucoup d'entre eux avaient rarement l'expérience de ce retour sur eux-mêmes et qu'ils ont déployé avec beaucoup de plaisir cette possibilité d'expression retenue depuis longtemps. Ils avaient à parler des relations amoureuses et, là aussi, la permissivité ressentie d'un adulte qui s'était placé d'emblée dans une perspective d'écoute attentive et de tolérance agissait comme une déculpabilisation.

Adulte intéressé et dégagé des responsabilités, et non parent, avec le cortège d'interdits, de mise en garde, de préjugés inévitables, de peurs confuses, tel était notre privilège pour quelques moments, que les adolescents ont ressentis eux aussi comme précieux.

CHAPITRE VII

L'entretien clinique à visée de recherche

par Marie-France CASTARÈDE

L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur.

L'entretien de recherche s'appelle aussi interview (en franglais, traduction littérale de l'anglo-saxon «interview»). Mais alors que l'interview, dans le langage courant, revêt souvent un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondi.

1. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Deux facteurs permettent de classer les entretiens :

1) *Le degré de liberté dans l'entretien* : beaucoup de questions de l'interviewer ou, au contraire, peu ou aucune; ces questions peuvent permettre une réponse libre (questions ouvertes) ou au contraire une réponse standardisée (questions fermées).

2) *Le niveau de profondeur* : plus le niveau de liberté sera grand, plus les réponses seront riches et complexes; en revanche, si le degré de liberté est réduit, les réponses seront précises et univoques.

Ainsi le chercheur a le choix entre plusieurs types d'entretiens :

1) *L'entretien en profondeur,* appelé aussi interview non directif. Contrairement à l'entretien à visée thérapeutique, c'est l'enquêteur qui suggère le domaine à explorer, essentiellement par la consigne.

L'entretien est centré sur la personne, comme dans l'entretien thérapeutique; il pourra être décodé en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent. Toutefois son objectif est limité et l'intérêt circonscrit à un domaine particulier induit par la consigne. Mais le sujet, à propos de ce thème, peut déborder sur des souvenirs d'enfance, des histoires personnelles ou familiales ... Exemple : dans une recherche sur la psycho-sexualité des adolescents la consigne est donnée de parler à propos de l'évolution concernant les rapports des garçons avec les filles, à partir de l'expérience que chaque adolescent a faite pour lui-même : c'est donc la consigne qui délimite le sujet, mais à partir de cette délimitation, tout dans l'entretien est pris en compte.

2) *L'entretien à réponses libres.* L'enquêteur a un guide souple de questions non formulées d'avance, pour lesquelles il souhaite des réponses du sujet. Préalablement, des hypothèses ont été élaborées (par exemple à partir d'entretiens du type 1) pour établir précisément les questions importantes. Exemple : dans une enquête que nous avons menée sur le cinéma et la jeunesse, avant de pratiquer des entretiens guidés ou semi-directifs, nous avions fait une table ronde informelle avec plusieurs adolescents, garçons et filles, qui s'exprimaient complètement librement sur le cinéma. C'est à partir des éléments de cette table ronde que nous avons précisé les questions que nous souhaitions voir aborder dans l'entretien semi-directif :

- le dernier film vu,
- la manière de le choisir,
- la violence et l'érotisme dans les films,
- le type de censure préconisé ...

Dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est moins grande que précédemment. Il n'y a plus une

consigne de départ, mais plusieurs interventions décidées à l'avance, sinon dans leur forme et leur déroulement, du moins dans leur contenu. De même l'enquêté peut répondre à sa guise, mais non parler de n'importe quoi.

L'analyse est qualitative, mais on cherche des types de réactions possibles, une répartition possible d'attitudes.

3) *L'entretien à questions ouvertes* : plus contraignant pour l'enquêteur, il consiste à poser des questions précises, libellées d'avance, suivant un ordre prévu. L'enquêté est libre de répondre comme il le désire, mais dans le cadre de la question posée.

4) *L'entretien à questions fermées* : c'est le plus structuré des types d'entretien. L'enquêté ne peut répondre que par oui ou non, ou cocher une croix dans une case, ou répondre par des termes contraires (favorable, défavorable ...) ou sur un continuum d'adjectifs ou d'adverbes (un peu, beaucoup, passionnément ...).

2. LE MOMENT ET LE TYPE DE RECHERCHE; L'INFORMATION RECHERCHÉE

Le style de l'entretien de recherche sera choisi en fonction de deux paramètres :

1) *Le moment de la recherche* : le début d'une enquête, la phase d'exploration, exigent une technique différente d'une recherche sur des variables déjà précisées.

Par exemple, on a l'habitude de pratiquer des entretiens non-directifs au début d'une enquête pour balayer le champ de l'étude et voir librement surgir toutes les questions qui se rapportent à cette étude.

En revanche, lorsque les variables sont bien précisées, on pratiquera des entretiens focalisés avec un grand nombre de personnes afin de répondre à des questions délimitées.

2) *Le type de recherche, l'information recherchée* : les enquêtes d'opinion nécessitent des entretiens à questions ouvertes ou le plus souvent fermées parce qu'elles s'appuient sur un grand

nombre de cas, alors que les enquêtes plus qualitatives sur les conduites et attitudes mettront en jeu un type d'entretien différent, beaucoup plus libre et approfondi.

Cette distinction s'appuie sur la qualité de l'information recherchée :

– Dans certains cas, l'enquêteur veut savoir pourquoi le sujet a agi ou va agir d'une certaine manière; il pense que le sujet a des informations suffisantes sur ses modèles d'action et acceptera de les communiquer : entretiens par questionnaire, entretiens à questions fermées ou ouvertes ... L'enquêteur s'intéresse aux choix faits ou supposés du sujet, indépendamment de la recherche de ses motivations. Exemple : opinion et attitude politique à la veille d'un vote.

– Dans d'autres cas, l'enquêteur s'intéresse aux motivations du sujet, qu'il estime plus difficile à démêler : le rôle de l'enquêteur est alors d'amener le sujet, par des recoupements qu'il ne perçoit pas, à se livrer malgré lui ... Il s'agit de le laisser parler avec une liberté qui va faire émerger l'inconnu, le caché, l'inconscient ...

3. L'ENTRETIEN EN PROFONDEUR OU NON-DIRECTIF

Seul cet entretien, pour les raisons évoquées plus haut, mérite le nom d'entretien clinique à visée de recherche. C'est Rogers qui l'a défini et préconisé, aussi bien pour des enquêtes psycho-sociologiques que pour sa pratique clinique (entretien centré sur le client). Cette appellation de «non-directivité» a connu un grand succès, puisqu'elle a servi à caractériser aussi bien de nouveaux types d'enquêtes que de nouvelles pratiques pédagogiques (enseignement non directif) ainsi que toutes les attitudes dans les nouvelles formes de communication en groupe (dynamique de groupe, T-groupe ou training-group, groupe de diagnostic ...), sans oublier toute une série d'attitudes hautement préconisées en famille, au bureau, dans les relations sexuelles, etc. Toute l'éclosion libertaire de mai 68 s'est rangée, d'une certaine manière, sous la bannière de la «non-directivité».

Plus précisément ici, nous allons nous attacher à définir

l'entretien clinique de recherche de type non-directif. Si l'entretien clinique se définit entre autres par l'attention maxima portée à une personne dans son intégralité, son originalité et son unicité, alors c'est l'entretien de recherche non directif qui est sûrement le plus clinique. En effet, la structuration de l'entretien est réduite au minimum : l'enquêteur s'efface pour être à l'écoute de l'autre. Toutefois, une différence notable est à signaler entre cet entretien clinique de recherche et ceux à visée diagnostique et thérapeutique : c'est l'enquêteur, le chercheur, le « psy » qui est ici demandeur.

CONSIGNE

C'est finalement la seule structuration formelle induite par l'enquêteur. Elle ne doit pas être apprise par cœur, mais exprimée avec naturel et spontanéité.

Pourtant une longue réflexion aura été nécessaire pour l'élaborer :

– il faut utiliser des mots simples, dont le sens est clair et univoque;

– pas de mots précieux, pas de surcharge littéraire : il vaut mieux dire « décevoir » que « désappointer »;

– pas de mots savants : il faut éviter les termes scientifiques, les jargons divers ...

– il s'agit aussi d'utiliser des mots qui n'impliquent pas de jugement de valeur ou de connotations trop évidentes. A une étudiante qui souhaitait s'intéresser à la prostitution chez des jeunes filles mineures et recourir à des entretiens auprès d'elles, nous avons déconseillé le mot prostitution dans la consigne. De même il vaux mieux parler de vie affective ou de rapports filles/garçons que de sexualité ...

Avec des employés, il sera opportun de ne pas mentionner le mot « patron », pas plus qu'avec des adolescents le mot « parents » ... Il est préférable de donner un habillage à la consigne en sorte que les intéressés s'expriment, sans se sentir piégés ou enfermés dans des schémas.

Parler d'entretien clinique de recherche, c'est aussi parler d'une certaine thématique. Certaines enquêtes de type psychosociologique sur les mass-média, les objets de publicité, les secteurs de la vie publique et sociale ne rentrent pas, à proprement parler, dans une perspective clinique. Si la psychologie clinique s'intéresse surtout aux problèmes concernant la personne humaine, ses conduites, ses attitudes, sa vie affective ou éventuellement ses conflits et ses angoisses, les thèmes des entretiens de recherche sont naturellement centrés sur certains secteurs de l'existence : la famille et les relations s'y rapportant, l'enfance, les rapports de la personne avec les objets culturels, les loisirs, l'amitié, l'amour, le travail, la sexualité, ou encore les conduites pathologiques ou déviantes (drogue, délinquance, marginalité).

De ce point de vue, il vaut mieux, dans ces recherches, personnaliser la consigne, avec des expressions telles que : «pour vous», «d'après votre propre expérience», afin d'éviter les réponses impersonnelles, ou trop rationalisées et intellectuelles, ce qui n'intéresse pas l'enquêteur. Si on demande : «J'aimerais que vous me parliez des rapports garçons/filles ...» à un adolescent, le discours risque de rester théorique et général; si on ajoute «à partir de votre expérience», sans doute des résistances apparaîtront-elles inévitablement, mais l'implication du sujet sera encouragée.

LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN

A partir du moment où la consigne est donnée, l'interviewer s'efface et n'interrompt pas le sujet par ses questions. Tout au plus, si l'interviewé reste trop longtemps silencieux et n'arrive pas à sortir d'une situation de gêne ou de perplexité, il le relance en énonçant en d'autres termes sa pensée ou en revenant en arrière sur un mot ou une phrase de lui particulièrement significatifs. Il s'agit, dans ces interventions, de respecter le cadre de référence du sujet, de l'aider à exprimer sa façon de voir, ses émotions, ses sentiments, en se gardant de toute évaluation, de tout jugement ou de toute discussion. Le sujet a toujours, impliqué à l'horizon de son discours devant un inconnu, l'estime qu'il se porte à lui-même : aussi les interventions doivent-elles

renforcer implicitement la valeur que le sujet s'attribue afin qu'il ose s'aventurer dans l'expression de lui-même, de ses idées, en étant sûr d'être compris et accepté.

On mesure ici toute l'importance de la formation personnelle de l'interviewer, qui n'est pas une potiche indifférente ou un simple faire-valoir, mais qui s'engage dans une relation personnelle où la compréhension et l'empathie sont primordiales.

Dans une enquête que nous avons menée à propos de la vie affective des adolescents d'aujourd'hui, nous avons senti, à chaque entretien, combien il était important de faire abstraction de nos opinions, de nos conceptions personnelles, pour rester sensibles à ce que chaque expérience d'adolescent avait de particulier, d'original, avec des aspects culturellement et socialement valorisés, d'autres aberrants ou marginaux ... Dans cette attitude de neutralité bienveillante résidait notre chance de les entendre, tels qu'en eux-mêmes ...

Dans l'entretien clinique à visée thérapeutique, il est attendu et espéré que le sujet tirera profit de sa rencontre avec le thérapeute. Il n'en va pas de même avec l'entretien de recherche où l'interviewer va solliciter le sujet qui, s'il est presque toujours volontaire, (c'est une condition indispensable, de notre point de vue, à la bonne marche de l'entretien) n'a pas d'intérêt personnel à la recherche. Outre qu'il est souvent valorisant de savoir que son opinion comptera, parmi d'autres, pour l'élaboration de la dite recherche, et qu'il peut exister en plus un plaisir narcissique à se raconter et à se faire écouter, il nous semble utile de proposer à chaque sujet d'être tenu au courant des résultats et de l'exploitation du travail. Ce ne devrait pas être seulement une clause de politesse, mais comporter, par exemple, l'envoi de l'étude à chacun des intéressés ... ou leur participation à un compte rendu final des conclusions, etc.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ENTRETIEN

1) *Du côté de l'interviewé*

a) Des facteurs positifs encouragent la bonne marche de l'entretien :

– Volontariat : meilleur adjuvant de l'entretien non difectif.

– Désir d'influencer : à travers le volontariat, ce qui motive le sujet, c'est la pensée que son avis est important. La recherche et l'interviewer sont confusément perçus comme un moyen de faire avancer ses idées et d'obtenir un changement.

– Besoin de parler : très vif chez les adolescents, il est assez fréquent chez les adultes, dans la mesure où :

. les occasions se font rares d'avoir le temps de parler longuement,

. parler à un inconnu permet d'exprimer et de déployer sa pensée sans être impliqué comme avec des personnes de son proche entourage,

. si le transfert est positif, l'interviewer prend la place d'un ami ou d'un parent aimés avec la satisfaction qui s'y attache.

b) Des mécanismes de défense, comme dans l'entretien clinique à visée thérapeutique, peuvent faire leur apparition :

– fuite (rare dans notre expérience) : pourtant, une adolescente de 15 ans, volontaire pour l'entretien, mais non au courant de la consigne exacte, s'est vite trouvée gênée, bloquée, au point que nous avons pris spontanément la décision d'arrêter l'entretien;

– rationalisation : au lieu de s'impliquer, le sujet disserte sur le thème et lance des considérations générales;

– projection : attitude qui consiste à attribuer aux autres ses propres attitudes;

– identification : l'interviewé se conforme à l'idée qu'il imagine celle que l'enquêteur a de lui;

– refoulement : rejeter hors de la conscience les désirs coupables, les faits pénibles, les images interdites;

– oubli : porte sur des faits dont la mémoire du sujet ne peut disposer;

– formations réactionnelles : l'interviewé a, à l'égard de l'interviewé, une politesse excessive qui cache le rejet;

– retournement de l'agressivité sur soi : le sujet a tendance à se dévaloriser, à se dénigrer ...

2) *Du côté de l'interviewer*

En dehors du fait de rassurer pleinement l'interviewé sur l'anonymat, qui sera sauvegardé en tout état de cause, l'inter-

viewer doit s'efforcer de respecter les impératifs de l'attitude adéquate que Rogers préconise.

a) Accueil et non pas initiative.

b) Etre centré sur ce qui est vécu par le sujet et non sur les faits qu'il évoque.

c) S'intéresser à la personne du sujet, non au problème lui-même.

d) Respecter le sujet et lui manifester une considération réelle au lieu d'essayer de lui montrer la perspicacité de l'interviewer ou sa domination.

e) Faciliter la communication et non pas faire des révélations.

L'ÉTUDE DE L'ENTRETIEN AU COURS DE L'ENTRETIEN ET APRES-COUP

A) *Étude de l'entretien au cours de l'entretien*

1) Non enregistré : il ne faut pas chercher à retenir à tout prix ce qui est dit, mais se laisser aller à l'attention flottante, c'est-à-dire être sensible à l'important, à l'essentiel, à ce qui engendre un mouvement particulier chez le sujet : lapsus, oublis, émotions, stupeur ...

Pour ce faire, il n'est pas recommandé de prendre des notes pendant l'entretien (car il s'agit de rester disponible), mais seulement après.

2) Enregistré : dans le cadre des entretiens cliniques à visée thérapeutique, le magnétophone n'est pas utilisé, pour des raisons évidentes sur le plan déontologique, sauf dans des cas exceptionnels à fins de recherches ou de témoignages, cas où l'accord du sujet est évidemment indispensable.

Dans les entretiens cliniques à visée de recherche, seul le magnétophone permet le dépouillement et l'analyse scientifique des entretiens. Les sujets, auxquels la question est toujours posée, se montrent, pour la très grande majorité d'entre eux (dans notre propre expérience nous n'avons essuyé aucun refus), d'accord avec cette méthode, parce qu'ils en comprennent l'uti-

lité, qu'ils sont pleinement rassurés sur l'anonymat et qu'ils savent qu'ainsi leur « prise de parole » sera parfaitement et intégralement respectée. Chaque fois, nous avons débattu avec les intéressés de cette question, en leur montrant que la prise de notes était toujours subjective, partiale et partielle, et que le respect de leurs dires in extenso passait par l'usage du magnétophone. Cette disposition technique permet évidemment une liberté totale de l'interviewer, qui se consacre entièrement à l'écoute et à la compréhension du sujet.

B) *L'étude de l'entretien après-coup*

1) Le point de vue après-coup sur un entretien peut être éclairé par *la confrontation avec d'autres personnes présentes à l'entretien* : les présentations de malades ne revêtent plus, dans la plupart des cas, la solennité d'antan et ne rassemblent plus des auditoires trop nombreux venus pour une séance à peine déguisée d'exhibitionnisme-voyeurisme. Toutefois, certains entretiens ont lieu, après accord exprès du patient, devant un groupe de personnes intéressées au premier chef, pour des raisons dites professionnelles. Il est toujours instructif, pour le meneur de jeu, lorsque le patient est parti, de débattre de l'entretien avec l'auditoire et de confronter les points de vue. La mémoire collective étant plus riche que la mémoire individuelle, il n'est pas rare que la compréhension du patient se trouve étendue et nuancée par les remarques des autres présents. Dans le cas d'entretiens avec magnétoscope, le patient n'est pas gêné par le groupe (bien qu'il sache toujours qu'il est vu et entendu) et la discussion peut avoir lieu ensuite avec toutes les observations et les débats possibles : ces entretiens sont souvent fort utiles à des fins de pédagogie et d'approfondissement clinique.

L'entretien peut aussi être éclairé « après-coup » par d'*autres entretiens antérieurs,* dont trace a été gardée, vis-à-vis desquels il va trouver une signification dans l'histoire et l'évolution du patient.

2) Plus sophistiquée est la méthode ou technique dite de l'*analyse de contenu.* Elle ne peut être pratiquée que dans les cas où l'entretien a été enregistré sur magnétophone ou au magnétoscope.

a) *Définition de l'analyse de contenu.* – A l'heure actuelle on désigne sous le terme d'analyse de contenu : « Un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production-réception (variables inférées) de ces messages». (L. Bardin, p. 43).

On pourrait, pour mieux saisir les implications d'une telle définition, revenir aux ouvrages récents qui expliquent abondamment les aspects théoriques et pratiques de l'analyse de contenu (L. Bardin; R. Ghiglione et B. Matalon).

Pour notre part, nous voulons signaler ici en passant les domaines où l'analyse de contenu s'applique (lettres, journaux intimes, réponses à des questionnaires, à des tests projectifs, entretiens, journaux, livres, discours, publicité, mass média, etc.), mais ne retenir et approfondir que celui qui nous concerne au premier chef : l'analyse de contenu appliquée à l'entretien clinique.

b) *Les buts de l'analyse de contenu de l'entretien clinique.* – A propos de l'entretien clinique, on aura insisté sur les qualités maîtresses du « psy » : écoute flottante, neutralité bienveillante, perspicacité, maîtrise du transfert et du contre-transfert, et puis ce « je ne sais quoi » qui fait de l'entretien avec autrui un art ... Alors, à quoi bon ajouter à tous ces paramètres qualitatifs les lourdeurs et les sophistications des mesures de l'analyse de contenu ?

Pourtant, deux fonctions de l'analyse de contenu ont présidé à son développement :

1° fonction heuristique,
2° fonction d'administration de la preuve.

1° L'analyse de contenu doit permettre d'aller plus loin et plus profond. Plus loin, car, si doué soit-on, on ne peut, grâce à l'intuition clinique, répertorier les figures rhétoriques d'un discours, repérer les particularités d'un langage, spécifier les modes de raisonnement, mettre en relief infailliblement la scansion et les ruptures d'un entretien ... Le thérapeute, dont l'ins-

trument est l'entretien clinique répété et déployé sur une longue et régulière fréquence (psychothérapies, psychanalyses), dispose d'un matériel à propos de chaque patient, dont l'énormité rendrait fastidieuse et superfétatoire l'analyse de contenu ... De plus, cette régularité et cette continuité mêmes rendent son approche du patient plus sûre et plus complète. En revanche, lorsqu'il s'agit d'entretiens cliniques uniques ou isolés, l'analyse de contenu prend valeur, car elle pallie précisément l'inconvénient de l'unicité et de la ponctualité des entretiens. On peut «inférer» de l'analyse de contenu d'un entretien des enseignements sur le sujet qui dépassent la particularité de la rencontre : l'analyse tend à être «structurale» pour échapper à la contingence de l'entretien «hic et nunc».

Cette technique se justifie aussi dès lors que l'on veut «standardiser» quelque peu l'investigation. Si l'on procède à l'analyse de contenu des entretiens de plusieurs patients hystériques, réalisés soit par le même «psy», soit par des «psy» différents, on se donne alors un corpus de renseignements sur le «discours hystérique» qui permet la généralisation ou la spécification ou la confrontation de plusieurs types d'interviewers et de patients ... Bref, en introduisant la mesure, on permet toutes les opérations dites scientifiques ... Les psychanalystes, s'ils avaient soumis, dans un certain nombre de cas, leurs matériaux à des traitements de ce type, auraient échappé aux critiques, parfois justifiées, d'empirisme et d'approximation ...

Ainsi, grâce à l'analyse de contenu, on peut aller plus loin dans l'investigation d'un entretien ou de plusieurs et découvrir ce que ni l'intuition ni l'écoute de l'inconscient ne sont capables de déterminer précisément.

2° Ce faisant, on devient ainsi capable de «prouver», c'est-à-dire de mettre ses conclusions à l'épreuve de celles d'autrui et éventuellement de les généraliser. Bien sûr, la rencontre d'un certain type de patients (si on reprend l'exemple des hystériques) ne sera jamais la même en fonction des interlocuteurs, mais on devrait arriver, au-delà des singularités indépassables et utiles, à dégager des considérations d'ensemble : par exemple, quels sont les traits communs des hystériques d'aujourd'hui par rapport aux hystériques du temps de Freud, en quoi leur problématique et leurs mécanismes de défense ont-il évolué ?

Il s'agit là de l'application de l'analyse de contenu à des entretiens soit uniques, soit multiples, mais avec des patients regroupés autour d'entités diagnostiques : hystérie, dépression, psychose, états limites ... On peut aussi pratiquer l'analyse de contenu à partir d'entretiens avec des sujets issus de la population générale; on s'intéressera aux catégories des mères de famille, des adolescents, des jeunes couples, des mères célibataires ... On peut aussi comparer les sujets présentant des troubles à une population de sujets dits témoins.

C) *L'analyse de contenu et les différents types d'entretiens*

1) Entretien(s) individuel(s) ayant une signification dans son (leur) unicité. De ce point de vue, l'entretien peut être à visée diagnostique, thérapeutique ou de recherche. L'analyse de contenu peut mettre en évidence plusieurs paramètres :

– thématique : on peut faire un listing des thèmes abordés d'un point de vue sémantique (différents d'un point de vue linguistique);

– le vocabulaire : le vocabulaire est étudié pour mettre en relief les mots utilisés, leur fréquence relative, leur richesse (on calcule ainsi un rapport $\frac{O}{V}$, occurence/vocable : plus il est élevé, plus le vocabulaire est pauvre); Les «mots-outils» sont aussi étudiés pour montrer l'implication (pronoms personnels : je) ou la mise à distance (on, ils, elles ...) ainsi que la tournure de pensée qui est inférée de la tournure des phrases, (il faut que ...), le choix des adverbes (beaucoup de «peut-être», «sans doute», montrent l'hésitation), les mots de liaison, etc. Le mot peut être utilisé à des fins de décompte fréquentiel destiné à caractériser un ensemble de choses différentes : les schizophrènes, le style du Président de la République, de telle émission de télévision, les discours d'André Malraux ... L'ordinateur a fait croître ce courant d'utilisation. On a remarqué que les schizophrènes, par exemple, émettaient davantage de substantifs que de verbes, mais avaient de toute façon un vocabulaire plus pauvre que celui de la population témoin,

– le degré d'anxiété : à travers les signifiés (termes relatifs à l'anxiété) : «j'ai peur de ... j'hésite à ... je redoute que ... j'ai la phobie de ...»;

– les troubles de la parole avec les indices classiquement retenus : « heu » ... phrases interrompues, répétition, bégaiement, sons incohérents, rectifications, fourchements de langue, omissions, indices qui témoignent de difficultés dans l'énonciation du discours avec les hypothèses cliniques que l'on peut faire (mécanismes de défense, angoisse, « complexes ».

Ces points de vue, statiques ou fixés, prennent une autre dimension dans la perspective de l'analyse de l'énonciation selon la terminologie de Marie-Christine d'Unrug (p. 67), c'est-à-dire du discours comme parole en acte : « Une production de paroles est un processus. L'analyse de l'énonciation considère qu'un travail se fait lors de la production de paroles, qu'un sens s'élabore, que des transformations s'opèrent. Le discours n'est pas la transposition transparente d'opinions, d'attitudes, de représentations existant de manière achevée avant la mise en forme langagière. Le discours n'est pas un produit fini, mais un moment dans un processus d'élaboration avec tout ce que cela comporte de contradictions, d'incohérences, d'inachèvement ... Si le discours est envisagé comme processus d'élaboration où s'affrontent les motivations, désirs, investissements du sujet, et les contraintes imposées par le code de la langue et les conditions de la production, alors le détour par l'énonciation est la voie la meilleure pour atteindre ce que l'on cherche » (Laurence Bardin, p. 172).

Ces considérations sont particulièrement précieuses pour l'analyse de contenu d'un entretien clinique, car il y a toujours conflit chez le sujet dans ce type d'entretien entre son inconscient, qui s'exprime à travers les ambivalences, les ratés, les double-sens, les failles de toutes sortes, et sa tentative, à la demande de l'interviewer, de produire un discours logique et socialisé qui donne de lui-même une image rassurante et conforme.

Trois niveaux d'approche peuvent être distingués dans une analyse de l'énonciation :

– l'analyse syntaxique et para-linguistique : l'étude porte sur les structures formelles grammaticales;

– l'analyse logique : elle s'appuie sur une connaissance de l'agencement du discours;

– l'analyse des éléments formels atypiques : ce sont par

exemples les omissions, les failles logiques, les silences, les « récurrences » ...

On retrouve, par certains aspects, la méthode française d'interprétation du T.A.T. (V. Shentoub et R. Debray) où il s'agit, avant de s'interroger sur la problématique, ici la thématique, de pointer les indicateurs formels du discours et son processus dynamique.

« Sur le plan psychologique, tout se passe comme si un raisonnement était présent dans le discours avant même d'être formulé, puisque la relation implicite entre propositions précède son explication. Les conjonctions, placées en début de phrase, impliquent un rapport logique avec une proposition précédente, avant même que le « contenu » sur lequel porte ce rapport ne soit exprimé. Il arrive aussi qu'une phrase ne soit pas terminée, l'énoncé s'arrêtant sur une formule comme « mais enfin ... toujours est-il ...» etc. La parole précède la pensée, bien plutôt qu'elle ne la suit, tout se passe comme si le locuteur avait besoin de parler pour prendre conscience d'« opérations intellectuelles » ayant lieu à son « insu ». (M.C. D'Unrug, p. 135).

2) *Entretiens auprès d'un échantillon de sujets dans le cadre d'une recherche.* – Parallèlement à l'analyse de l'énonciation, nous aimerions présenter deux types de sujets, différents dans leurs méthodes et leurs buts, afin d'illustrer l'intérêt de l'analyse de contenu dans ce domaine. Il faut noter qu'au-delà des principes théoriques de l'analyse de contenu, défendus et illustrés par de nombreux auteurs dont les points de vue sont différents et variés, il y a un pragmatisme de son utilisation qui dépend alors du chercheur, du thème qu'il choisit, des buts qu'il se propose, des moyens dont il dispose (taille, qualité, variété de l'échantillon).

RECHERCHE CLINIQUE DE TYPE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

Nous avons mené, en tant que clinicienne, une recherche qui s'apparente par certains côtés à la psychologie sociale[1]. Il est

1. M.F. Casterède, 1977, *Aspects de la psycho-sexualité des adolescents d'aujourd'hui.*

intéressant à ce propos de remarquer que les rapports entre ces deux disciplines ne sont pas très développés. Il faut le déplorer, car les deux points de vue, loin de s'exclure, se complètent. Nous voulions étudier les changements d'une société en pleine évolution à propos de la psycho-sexualité des adolescents. Nous avons donc choisi 30 adolescents tout-venants, représentatifs de la population française, et les avons interviewés à partir d'une consigne : «Je voudrais que vous me parliez aussi librement que possible de l'évolution concernant les relations filles garçons. J'aimerais que vous m'en parliez à partir de votre expérience, en me disant ce que vous en pensez personnellement» (*Op. cit.* p. 69). Nous avons pratiqué l'entretien non directif, le plus adapté à la libre expression d'eux-mêmes.

L'analyse étant intensive, il était nécessaire et suffisant de travailler sur un matériel restreint, mais les sujets furent soigneusement choisis (méthode de l'échantillonnage sur quotas), afin que les conclusions puissent être généralisées. « La méthode des quotas repose sur l'idée que les différentes variables attachées à l'individu ne sont pas indépendantes entre elles. Par exemple, lorsqu'un échantillon est identique à la population dans laquelle il est prélevé en ce qui concerne la distribution de certaines variables bien choisies, il est également peu différent de la population en ce qui concerne la distribution des variables non contrôlées (...). On choisit les individus de l'échantillon de façon à ce que celui-ci reproduise les caractéristiques de la population totale, c'est-à-dire la distribution par sexe, âge et catégorie socio-professionnelle soient semblables» (Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales,* p. 556).

Avec un statisticien de l'INSEE, nous avons établi un tableau des variables à respecter concernant :

1) *Le sexe* : 15 adolescents filles, 15 adolescents garçons;
2) *L'âge* : il fallait déterminer une tranche d'âge suffisamment large pour que puissent éventuellement s'analyser les différences entre un groupe de jeunes adolescents et un autre groupe d'adolescents plus tardifs.

Nous avons fixé comme limite supérieure 21 ans, étant entendu qu'ainsi nous pouvions subdiviser l'échantillon en deux sous-groupes :

– celui des 16 ans à 18 ans compris,
– celui des 19 ans à 21 ans compris.

Pour chaque année d'âge, nous avions 5 adolescents répartis ainsi : tantôt 3 garçons-2 filles, tantôt 2 garçons-3 filles.

3) *L'activité* : en respectant les quotas de la population générale des adolescents français, on trouvait :

– sur 15 garçons, 10 garçons scolarisés pour 5 travailleurs soit 2/3 de garçons scolarisés pour 1/3 de travailleurs;
– sur 15 filles, 11 filles scolarisées pour 4 travailleuses soit 73% de filles scolarisées pour 27% de travailleuses.

a) Parmi les 5 garçons ayant une activité professionnelle, il s'agissait de rechercher :

3 ouvriers,
1 cadre moyen ou employé,
1 autre actif.

Parmi les 4 filles ayant une activité professionnelle, il s'agissait de rechercher :

1 ouvrière,
2 cadres moyens ou employées,
1 personnel de service.

b) Parmi les 10 garçons scolarisés, il s'agissait de rechercher :

5 venant d'un lycée, CEG, CES,
1 venant d'un lycée technique,
4 étudiants.

Parmi les 10 filles scolarisées, il s'agissait de rechercher :

5 venant d'un lycée CEG, CES,
1 venant d'un lycée technique,
5 étudiantes.

4) *La catégorie socio-professionnelle des parents* : Toujours pour respecter les quotas de l'échantillon de la population générale des parents des adolescents français, il s'agissait de rechercher des fils et des filles de :

4 agriculteurs ou ouvriers agricoles,
5 patrons industrie, commerce ou professions libérales ou cadres supérieurs,
3 cadres moyens,
3 employés,
11 ouvriers,
2 autres actifs,
2 non actifs.

5) En ce qui concerne *l'habitat,* il fallait respecter les proportions suivantes :

- communes rurales dont 8 immeubles individuels, 1 immeuble collectif,
- communes urbaines : dont 7 immeubles individuels, 14 immeubles collectifs,

ce qui fait dans chaque cas 15 immeubles individuels, 15 immeubles collectifs.

L'analyse de ces entretiens étant comparative, il était indispensable que les conditions de l'entretien soient les mêmes (mêmes consignes de départ, si possible mêmes conditions situationnelles). Mais comme chaque entretien était aussi pris en compte d'une manière particulière, la passation devait respecter au maximum la libre expression individuelle (entretien non directif).

D'autre part, puisque la dynamique de chaque discours pouvait être étudiée (voir ci-dessus Analyse de l'énonciation) chaque entretien devait être suffisamment prolongé pour que le texte formât un tout consistant; l'entretien variant d'une demi-heure à une heure, on en tirait des textes dactylographiés de 10 à 30 pages.

Dans cette perspective d'entretiens cliniques de recher-

che, nous avons procédé aux mêmes décryptages que ceux décrits précédemment (analyse verticale dite d'énonciation, mais nous y avons joint une analyse spécifique dite transversale ou thématique). Cette analyse tend à mettre en évidence *une correspondance entre les structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques ou sociologiques (conduites, idéologies, attitudes).* Ainsi, à travers le contenu du discours des adolescents, du point de vue des thèmes, de leur fréquence d'apparition, de leur place et importance respectives, nous avons pu repérer leurs conduites et leurs attitudes. On procède alors à une analyse des signifiés. Mais qui dit analyse thématique dit codage; le codage correspond à une transformation des données brutes du texte qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet une représentation du contenu. Il s'agissait donc de délimiter des *unités d'enregistrement.* Rappelons la définition opératoire de l'unité d'enregistrement : « c'est une unité de signification complexe, de longueur variable, sa réalité n'est pas d'ordre linguistique, mais d'ordre psychologique : une affirmation, mais aussi une allusion peuvent constituer un thème; inversement, un thème peut être développé en plusieurs affirmations (ou propositions). Enfin un fragment quelconque peut renvoyer (et renvoie généralement) à plusieurs thèmes; c'est pourquoi certains fragments cités apparaissent à deux ou plusieurs endroits différents de la classification » (M.C. d'Unrug, p. 100).

Les unités d'enregistrement étaient dégagées des thèmes regroupés par grands chapitres. Par exemple :

1) *Parents, famille, éducation*

1. La référence aux parents ou à la famille est co-occurente à la consigne.
2. Seule la famille nucléaire est évoquée.
3. Les thèmes de discussion et de confiance sont liés à la notion de famille.
4. La famille est considérée comme une protection et une sécurité, etc. etc.

2) *Discours sur la sexualité et la vie affective*

15. La sexualité est considérée comme libre, naturelle,

importante, sans tabous, objet de discussions.

16. Les rencontres entre garçons et filles sont plus faciles.

17. Il ne peut y avoir de relation physique réussie sans sentiment.

18. L'amour est important, primordial, etc. etc.

Après il fallait quantifier les unités d'enregistrement puisqu'on ne pouvait cocher de la même manière une unité d'enregistrement qui apparaissait dans une ligne du discours de tel sujet et celle qui apparaissait dans une page. Nous avons proportionné les croix mises à côté des unités à la longueur de la citation de façon à indiquer des « nuages » qui correspondent à l'importance de tel ou tel thème, ou au contraire à l'isolement du thème dans l'ensemble du discours :

- 1 croix : 5 lignes au moins,
- 2 croix : entre 5 et 10 lignes,
- 3 croix : entre 10 et 15 lignes,
- 4 croix : entre 15 et 20 lignes,

etc.

Indépendamment de la quantification des unités, nous avons indiqué si elles apparaissaient au début, au milieu ou à la fin de l'entretien. En effet il nous a paru éventuellement intéressant de remarquer certaines constantes : par exemple l'unité d'enregistrement concernant les parents apparaît systématiquement au début, après que l'on ait donné la consigne.

Les unités d'enregistrement ont été dépouillées séparément pour faire apparaître à propos de chacune d'elles :

- le nombre d'adolescents qui l'avait mentionnée,
- si ces adolescents pouvaient être définis et réunis en fonction de certaines variables (âge, sexe, activités, milieu socioculturel ...).

Ainsi, pour chaque unité d'enregistrement, nous obtenions une évaluation de son importance dans l'échantillon, par rapport au nombre d'adolescents qui s'étaient reconnus dans sa formulation et par rapport aux variables et critères qui, dans certains cas, regroupaient les adolescents concernés.

Premier exemple : l'unité d'enregistrement n° 1 concernant la « co-occurence des parents ou de la famille à la consigne » a été trouvée dans 19 entretiens sur 30, dont 13 entretiens d'adolescentes filles et 5 entretiens d'adolescents garçons. Ainsi, on peut conclure que dans notre échantillon les filles font davantage référence d'emblée aux parents que les garçons.

Deuxième exemple : l'unité d'enregistrement n° 35 concernant la vie de couple; je la cite : « L'éventualité d'une vie de couple est envisagée » a été mentionnée par 28 adolescents sur 30.

3è exemple : l'unité d'enregistrement n° 36 concernant « le mariage » a été évoquée par *tout* l'échantillon; une analyse plus fine montre que les 2/3 sont favorables à l'idée du mariage et parmi ces 2/3, les filles sont plus favorables au mariage que les garçons.

4è exemple : l'unité d'enregistrement n° 5, soulignant le décalage par rapport aux parents et par rapport à la génération précédente, a été évoquée par 18 adolescents sur 30, parmi lesquels 9 filles et 9 garçons. On remarque, pour cette unité d'enregistrement, que la différence des sexes ne joue pas. En revanche, à une exception près, tous les adolescents qui soulignent le décalage sont d'une intelligence estimée moyenne ou supérieure et issus d'un milieu social moyen ou supérieur. Ici, la différenciation se fait par le milieu socio-culturel.

Ces exemples permettent de rendre compte des résultats tirés de l'analyse quantitative et différentielle des unités d'enregistrement. Ces dernières ont d'ailleurs, dans certains cas, été regroupées pour permettre une évaluation quantitative plus spectaculaire. Exemple : le regroupement des unités 3, 4 et 1 permet d'affirmer que, dans notre échantillon, la famille est plus importante pour les filles que pour les garçons; la densité des références à la famille est deux fois plus grande chez les filles que chez les garçons.

Les unités d'enregistrement ont été aussi hiérarchisées selon l'ordre croissant des apparitions. Autrement dit nous avons

répertorié les unités d'enregistrement non par rapport au nombre d'adolescents qui les avaient mentionnées, mais les unes par rapport aux autres selon leur fréquence d'apparition.

Ainsi, sur la masse totale des croix, la plus fréquemment citée est l'unité d'enregistrement qui regroupe les unités 24, 25, 26 et 27 : « le discours sur l'amour est le fait des adolescents âgés et d'un niveau culturel élevé ».

La seconde, dans la fréquence d'apparition, est l'unité d'enregistrement qui regroupe les unités 26 et 32 : « les filles souffrent de l'inconstance et de la superficialité des garçons ».

La troisième, dans la fréquence des apparitions est l'unité d'enregistrement n° 11, qui souligne l'importance et l'influence de la famille, dont conviennent les adolescents eux-mêmes.

Enfin, dernier exemple, la quatrième dans la fréquence d'apparition est l'unité d'enregistrement qui regroupe les unités n° 7, n° 12 et n° 20 : « Près des 2/3 des adolescents de l'échantillon pensent qu'il doit y avoir des limites à la libéralisation ». Cette affirmation est deux fois plus massive chez les filles que chez les garçons.

Grâce à cette méthode nous avons pu, d'une manière précise et rigoureuse, dégager d'abord globalement les attitudes et les conduites des adolescents. Ensuite, nous avons procédé à l'analyse de ces mêmes attitudes suivant le sexe, l'expérience, le niveau culturel et le milieu social.

C'est grâce à l'analyse de contenu que nous avons pu tirer de nos 30 entretiens un tableau assez juste et précis des attitudes et conduites des adolescents français, tableau qui s'est trouvé confirmé, à notre grande satisfaction, par les études et recherches que nous avons lues depuis sur des sujets proches ou voisins :

- Louis Roussel et Odile Bourguignon

  - La famille après le mariage des enfants.
    Etudes sur les relations entre générations (1976).

- Les générations nouvelles et mariages traditionnels (1978)

– Les dossiers de l'étudiant, juin 1980. Chiffres cités par *Le Monde de l'Education,* octobre 1980.

Voici ce qui ressort de notre travail :

– Au-delà de l'importance de la sexualité, autrefois trop souvent cachée et tabou, et de son libre exercice, les adolescents reconnaissent la valeur du sentiment et de la relation à l'autre. En ce sens, le nouveau «conformisme sexuel» qui consisterait à multiplier des expériences physiques hors de toute recherche de communication est éprouvé.

– Un attachement très profond aux parents et à la famille, bien que la consigne de l'entretien ne suggère en rien d'en parler, caractérise le discours des adolescents. On remarque non pas la mort de la famille, mais l'effacement d'un certain type de famille, hiérarchique et asymétrique. Ce qui est souhaité, c'est un lieu où affectivité et liberté soient en résonance, où personne ne «possède» personne, où l'on ose parler, où les conflits ne soient pas escamotés et où les rôles soient symétriques.

– Une valeur primordiale est accordée à l'expérience à travers laquelle on se choisit librement des convictions qui ne sont plus tirées d'un code de morale ou des principes des adultes.

– Toutefois, malgré la plus grande facilité et diversité des expériences sexuelles, la dimension du corps et du plaisir physique est absente.

– Le renouveau des conceptions du couple, du mariage, des enfants, de la fidélité est manifeste à travers l'émancipation des adolescentes et leurs nouvelles perspectives.

– La tolérance à l'égard de l'homosexualité est exprimée.

– Une grande passivité est frappante dans l'absence d'idéalisme, de programme de vie et d'engagement politique.

Au-delà de l'analyse des signifiés, nous pouvions aller plus loin et joindre à la méthode thématique celle de l'énonciation, caractériser, du point de vue des signifiants, le discours des adolescents contemporains sur la sexualité : la dynamique de leur expression, leur anxiété relative, leurs mécanismes de défense, leur style, le contenu latent sous-jacent au contenu manifeste,

la connotation incluse dans la dénotation, etc. etc. Nous l'avons fait partiellement dans le portrait particulier de quelques adolescents de l'échantillon (10), mais ce travail aux multiples prolongements aurait nécessité un nouveau cadre de recherche.

RECHERCHE CLINIQUE A PARTIR D'ENTRETIENS RELATANT UNE HISTOIRE PERSONNELLE

Il s'agit d'une recherche portant sur 30 mères dont 10 mères d'enfants normaux, 10 mères d'enfants déshydratés[2] et 10 mères d'enfants autistes. (Nicole Jeammet, D'une histoire qui n'est pas la même chez les mères d'enfants normaux, déshydratés et autistes, 1980).

L'auteur a cherché à établir, dans un premier temps de son travail, une sorte d'analyse structurale des histoires de ces trois types de mères, en ayant le souci, selon une formule de Georges Dumézil, de « mettre en relief des ensembles significatifs au-delà des éléments disloqués qui les composent ».

Après l'analyse des trois sous-ensembles, chacun pour lui-même (le discours-type de la mère d'enfant autiste, celui de la mère d'enfant déshydraté, celui de la mère d'enfant normal), l'auteur a pu passer à la méthode comparative, c'est-à-dire comparer les trois prototypes entre eux.

En ce qui concernait les mères d'enfants normaux, l'auteur a aussi adopté la méthode de l'échantillon sur quotas, cherchant à donner au travers de ces mères une image de la population générale des mères françaises et de leurs rapports avec les enfants

2. Voici une définition de la déshydratation aiguë du nourrisson, naguère appelée toxicose ou gastro-entérite aiguë du nourrisson.
« La déshydratation aiguë du nourrisson réalise une véritable catastrophe métabolique, par carence aiguë, le plus souvent associée en eau et électrolytes; elle relève de causes multiples. En quelques heures, la déplétion hydrosaline va menacer le pronostic vital imposant d'extrême urgence la réanimation, sous le couvert de laquelle on pourra traiter l'affection responsable. Cliniquement, reconnaître la déshydratation aiguë est souvent facile à cause de son installation apparemment brutale, voire foudroyante. Fréquemment divers troubles se sont manifestés les jours précédents : soif vive, agitation, cris, et plus encore vomissements, diarrhée. Mais ces prodromes ont été mal interprétés ou traités de manière inopportune, si bien qu'en quelques heures l'état de ce nourrisson est devenu alarmant ... ».

dits «normaux» (nous apprendrons au passage que ce choix «sur quotas» a permis de déceler dans l'échantillon une mère sur 10 qui avait un fonctionnement psychotique et deux autres qui avaient une organisation très narcissique, mais ces difficultés de fonctionnement mental ont été contrebalancées chez ces mères dans la relation avec l'enfant par des facteurs très favorables au niveau de la réalité).

Auprès de ces mères, l'auteur a mené des entretiens semi-directifs, appelés aussi entretiens guidés : un canevas était prédéterminé afin de donner des repères et des points de comparaison fixes pour le discours de toutes les mères (leurs grands-parents, leurs parents, l'enfance de la mère, le choix du mari, la naissance de l'enfant, ses premières années, la place du père ...).

Ici l'analyse de contenu se révèle indispensable à plusieurs niveaux.

1. Pour la lecture du discours de chaque mère : en effet, c'est l'analyse de contenu de chaque discours des mères à propos de tel type d'enfant qui a permis de mettre en évidence non seulement des thèmes, mais l'articulation de ces thèmes entre eux, leurs rapports avec la problématique sous-jacente de chaque mère. Il apparaît d'ailleurs que ce ne sont pas les événements de l'histoire de ces mères qui sont déterminants, mais la manière dont ils s'articulent à leur fantasmatique inconsciente et dont ils sont vécus et réaménagés dans leur vie psychique.

En plus du contenu particulier de chaque histoire, il s'agissait dans ce contexte d'être très sensible aux indicateurs formels (analyse de l'énonciation), aux structures grammaticales, à l'agencement du discours et, bien sûr, aux éléments formels atypiques : omissions, failles logiques, silences, lapsus, répétition de chiffres ...

En voici quelques exemples.

– Une mère qui veut montrer la place que son mari occupe auprès de l'enfant fait ce lapsus révélateur : « on s'occupe autant l'un de l'autre que du petit ... ».

– Une autre mère se caractérise par une problématique œdipienne très chaude et, parlant de son beau-père, fait aussi un lapsus significatif : « c'était ... mon père était sans arrêt chez moi ... ».

Il faut aussi être sensible à l'atmosphère du discours (manique, dépressif, persécutif, sensitif ...) :

– Une mère parle de la naissance de son enfant avec un surcroît de gaîté emphatique : « L'accouchement, une rigolade ... avec elle, tout est très gai, on rit, on danse, ou je me déguise avec elle, on est très heureux, il n'y a pas de problème ... ».

– Telle mère a un mécanisme du discours très particulier : elle parle par association de contraires, juxtaposition d'affirmations et de négations (il est ... il n'est pas, avec, sans ... elle joue, elle joue pas ... etc.) ce qui va permettre d'induire que ses jugements ne sont pas dialectisés par l'ambivalence : c'est tout ou rien, blanc ou noir.

– Telles mères utilisent très fréquemment la formule « quand même » : celle-ci signifiera pour elles la recherche d'un compromis entre le désir de dire la vérité et l'impossibilité où elles sont de la dire ...

– Telle mère va se trouver ordonner plusieurs événements de sa vie autour du signifiant 7 ...

2. L'analyse de contenu des discours de chaque mère permet l'établissement d'une structure commune à chaque sous-ensemble. En effet l'« analyse structurale » des discours des mères des trois groupes va permettre de mettre en évidence des ressemblances dans la relation qui les unit à leur enfant; on passe ainsi du discours de l'histoire particulière de 10 mères à des « structures élémentaires » de leur maternité.

3. Enfin, les structures élémentaires de maternité vont pouvoir être comparées entre elles et apporter ainsi un éclaircissement précieux sur l'étiologie des troubles de l'enfant : l'auteur a opéré, en choisissant le discours de la mère d'enfant normal le plus typique et en le comparant, d'une part, au discours le plus typique de la mère d'enfant déshydraté et, d'autre part, au discours le plus typique de la mère d'enfant autiste.

On peut ainsi distinguer 3 groupes de mères :

1) Les mères d'enfants « normaux » : leurs histoires reflè-

tent un fonctionnement mental témoignant d'une distance à l'objet suffisamment bonne : leur discours est construit sans mécanismes invalidants et relie des affects nuancés. Chaque personnage évoqué est clairement mis à sa place et les rôles ne s'interpénètrent pas.

2) Les mères d'enfants « déshydratés » ont une histoire où l'on retrouve toujours une fixation affective à un des parents aimant et aimé, doublée d'une culpabilité à l'égard de l'autre parent délaissé. Ainsi s'instaure chez elles une difficulté très grande à s'attacher et à se séparer avec un refoulement massif d'affects qui ne trouvent que deux échappatoires :

– la somatisation,

– le passage à l'acte.

3) Les mères d'enfants autistes ont toutes ressenti un vide maternel affectif qui a donné lieu à l'idéalisation de ce manque. Les mécanismes de défense sont ici : l'idéalisation, l'identification projective, le déni de sens, le déni d'altérité, la perversion émotionnelle (N. Jeammet, p. 276).

C'est l'analyse de contenu qui, en décomposant et en regroupant le contenu des messages, a permis d'obtenir des indicateurs. Dans ce type d'étude, on voit que les indicateurs sont surtout qualitatifs (éléments des processus de communication) plus que quantitatifs comme dans l'étude précédente.

Dans cette recherche, l'analyse après-coup de l'entretien enregistré au magnétophone se révèle indispensable. L'auteur reconnaît n'avoir décelé le comportement pathologique de certaines mères qu'après avoir analysé leur discours, car leurs qualités de présence et de présentation occultaient, au moment même de l'entretien, les failles de leur relation à l'enfant.

Ainsi beaucoup d'éléments des entretiens n'apparaissent qu'après une reconstruction du contenu latent à partir du contenu manifeste : il faut pouvoir travailler sur un texte écrit, qui permet de détecter une trame subtile, parfois enfouie ... Le « dit » s'apparente au « dit » normal : il faut aller plus loin du côté du « non dit » ... Bien sûr, ces reconstructions sont soumises à l'aléatoire du chercheur, de sa personnalité, de sa rigueur méthodologique ... Mais en tout cas, on s'approche plus d'une

vérité «scientifique» et généralisable avec l'analyse de contenu «après-coup» qu'avec le seul flair et la seule intuition clinique, si remarquables soient-ils. Il faut ajouter que ces qualités cliniques serviront en plus, pour ce qu'elles apporteront à l'analyse de contenu de subtilité et de fine compréhension. Plus le clinicien chercheur aura à sa disposition des instruments efficients, aussi bien du côté de la rigueur (analyse de contenu, «esprit de géométrie») que du côté de l'intuition («esprit de finesse»), plus son travail aura de la qualité et du poids.

CHAPITRE VIII

La succession des entretiens : du diagnostic à la thérapie

par Michel LEDOUX

Tout entretien clinique, même si sa visée est strictement dignostique, même s'il n'est engagé qu'en vue d'un travail de recherche, a nécessairement une incidence thérapeutique.

Nous voudrions d'abord tenter de justifier théoriquement cette affirmation essentielle. Elle nous permettra ensuite de mieux répondre aux questions que sous-tend et sous-entend le titre de ce chapitre :

– Pourquoi cette incidence thérapeutique est-elle inévitable ? Repose-t-elle sur un caractère spécifique de l'entretien clinique ?

– Peut-on cependant maintenir la légitimité d'un entretien dont la visée est explicitement non thérapeutique (entretien diagnostique, entretien de recherche). A quelles conditions techniques et pratiques est-ce possible ? Pourquoi l'incidence thérapeutique est-elle plus grande lorsqu'est institué un déroulement temporel et répétitif des entretiens ?

– Quels sont les rapports de réciprocité entre processus évolutif, diagnostic et recherche ?

Ce qui spécifie l'entretien clinique, ce qui le différencie d'un entretien ordinaire, c'est qu'il prend en compte l'inconscient. Derrière le contenu manifeste du discours il connote le

contenu latent. Il cherche à situer où et comment s'exprime le désir, derrière ses masques divers.

De ce fait, l'entretien clinique va nécessairement mobiliser et modifier l'équilibre dynamique du psychisme de celui avec qui l'entretien a lieu.

Peut-être vaudrait-il mieux alors dire que l'entretien clinique a nécessairement un effet opératoire, plutôt que thérapeutique, car cette mobilisation n'implique pas nécessairement guérison. Pourtant le terme thérapeutique est à maintenir, non pas qu'un bienfait résulte toujours de tout entretien de ce type, mais parce que l'effet thérapeutique se trouve impliqué dans la modalité propre de cet entretien.

En effet, la *prise en compte* de l'inconscient et du désir qui en est le noyau dynamique organisateur, tend par elle-même à faire émerger ce désir, à le libérer des entraves qui habituellement le refoulent.

C'est en fait d'expérience, mais on peut, aussi, mieux le comprendre en faisant référence à la façon dont le psychisme humain s'est organisé dès l'origine.

Cette origine, on le sait, c'est la dyade fusionnelle qui s'instaure d'emblée entre la mère et l'enfant. Sa loi d'organisation est celle du double désir qui la fonde. De ce fait le psychisme de la mère va jouer, analogiquement, le rôle d'un organisateur génétique dont on sait qu'il transmet ses structures moléculaires par une sorte d'application en miroir de son organisation chimique lors de la division chromosomique.

Or, toute relation clinique réengage quelque chose de ce premier mode relationnel dans la mesure où elle s'adresse au désir de l'autre et, en particulier, à la modalité particulière du désir originaire dont la «toute-puissance» est la marque propre.

On comprend mieux alors pourquoi l'«autre», dans l'entretien clinique, conférera si facilement ce pouvoir tout-puissant à son interlocuteur psychologue. Pourquoi il attendra tout de lui comme l'enfant de sa mère, et pourquoi cette rencontre aura tendance tout naturellement à remettre en route le processus évolutif et intégratif d'autrefois.

Mais cette remise en chantier intervient sur un cheminement à deux qui a déjà eu lieu, tantôt de façon satisfaisante, à certains moments ou dans certains domaines, mais aussi de façon trauma-

tisante ou frustante, dans d'autres. L'entretien va donc réactiver tout naturellement les besoins de «réparation» dont on sait l'importance dynamique dans la petite enfance (Mélanie Klein). Visant donc à réparer ce qui fut défectueux, l'entretien clinique entraînera une mobilisation à orientation thérapeutique, ce pourquoi nous avons plus haut maintenu le terme.

Mais si le processus d'organisation et d'intégration comporte à l'origine un effet de double, une induction en miroir, il en conserve ensuite la même structure binaire. Dans l'entretien clinique, la partie se joue encore et toujours à deux inconscients. Ce n'est que pour la commodité de l'exposé que nous n'avons décrit jusqu'ici que ce qui se passe dans l'inconscient du sujet, mais l'inconscient du clinicien joue un rôle important. L'implication de ce dernier n'est pas un artefact; elle est constitutive de ce type d'entretien.

Mais si, en fonction de ce qui a été précédemment explicité, on comprend mieux pourquoi l'entretien clinique est toujours mobilisateur et pourquoi il présente naturellement une «orientation» thérapeutique, il ne faut pas oublier pour autant qu'un tel entretien n'est pas toujours bénéfique ou réparateur, qu'il peut mobiliser les défenses du sujet et bloquer le processus évolutif, qu'il peut parfois être pathogène.

Il paraît important d'éclairer cet aspect en se référant encore une fois à la façon dont s'organise le psychisme humain, ce qui nous permettra de mieux préciser la façon dont on peut concevoir le normal et le pathologique en clinique.

En effet, la notion de normalité ou de santé, au sens médical du terme, ne peut s'appliquer de façon adéquate lorsqu'il s'agit de l'organisation psychique.

La santé, dans le domaine biologique, est le maintien ou le rétablissement d'un état de fonctionnement défini et fixe pour chaque organisme, qui constitue sa norme – ou sa normalité. Or, une telle normalité n'existe pas dans le domaine psychique. Contrairement à l'organisme biologique ou animal, dont les structures et l'évolution sont fixées par des lois internes et des instincts, en gros immuables, l'être humain, on le sait, naît dans un état de prématurité et d'inachèvement dont son organisation psychique garde la marque, même après que la maturation biologique soit achevée. Cet inachèvement s'inscrit, en particu-

lier, dans l'inadéquation radicale du désir humain à l'objet de son désir. Rien ne peut combler totalement le désir de l'homme; c'est sa faiblesse, son talon d'Achille; cette image mythique n'est pas fortuite puisque le lieu de cette fragilité est celui où la main de la mère, au contact du talon de l'enfant, n'a pu le faire bénéficier du bain magique protecteur. Mais c'est aussi sa richesse, car la quête indéfinie que cette situation entraîne est le moteur d'une possibilité d'évolution et de progrès qui n'a pas de terme préétabli.

S'il en est ainsi, quel sens peut encore avoir l'idée ou la visée thérapeutique dans la relation clinique, puisqu'il n'y a pas d'état optimum défini à rejoindre ? Peut-être faut-il, ici, définir autrement le terme.

Soigner et guérir ne serait pas maintenir ou rétablir un état de fonctionnement défini d'avance, mais libérer l'organisme psychique des entraves qui l'empêchent de déployer librement ses possibilités évolutives et créatrices.

Dans ce registre, quels peuvent être ces obstacles et ces entraves ? Ce sont essentiellement des modes de fonctionnement archaïques et figés qui ont eu leur utilité lors d'une étape antérieure du développement, mais dont la persistance ou la réapparition lors d'un moment régressif, sont inadaptés aux situations rencontrées par l'individu adulte aux prises avec un entourage plus élaboré. On peut voir, par exemple, réapparaître, lors d'un syndrome persécutif plus ou moins délirant, des modes de fonctionnement primitifs où le monde psychique est découpé à l'emporte-pièce en bons et mauvais objets, comme il l'était probablement dans la toute-petite enfance.

Lorsque de tels modes de fonctionnement envahissent tout le psychisme et débordent les capacités de maîtrise du moi, ce peut être, à la limite, la décompensation psychotique. Si le moi réussit à endiguer et à localiser ce fonctionnement hétéronome, il s'agit de mécanismes de défense névrotiques. S'il est capable enfin, de les tolérer, voire de les intégrer dans l'ensemble de son fonctionnement adulte élaboré, il s'ensuivra une évolution positive et créatrice. C'est cette capacité de va-et-vient entre des moments régressifs où affleure tout un monde pulsionnel refoulé mais riche en forces vives, et des moments d'intégration et de restructuration qui constitue ce qu'on pourrait définir comme

la santé psychique. (C'est ce va-et-vient qui se trouve être aussi le soubassement économique de la création artistique).

Toute relation clinique institue potentiellement une nouvelle filiation et c'est dans cette filiation que s'élabore la dynamique thérapeutique. Cette nouvelle filiation risque aussi d'être non pas créatrice, mais pathogène en raison de la distorsion des expériences passées. Par l'effet du transfert, le thérapeute peut alors être vu non tel qu'il est, mais tel qu'il est représenté, à travers le filtre déformant d'une situation relationnelle passée. C'est précisément là qu'intervient l'effet d'interprétation. Cet effet est second, car sans la relation transférentielle il n'y a pas de dynamique, donc pas de changement, mais il est essentiel, car il doit constamment rectifier la perception que le patient a du thérapeute. L'interprétation lui permettra de reconnaître peu à peu qu'une réponse est donnée à sa demande, mais une réponse appropriée, qui ne correspond pas toujours à celle qui est inconsciemment souhaitée sous la pression des attentes antérieures non satisfaites.

Il paraît maintenant plus facile de comprendre, en quoi et pourquoi toute relation clinique a, obligatoirement, un impact dynamique et potentiellement thérapeutique, pourvu que le thérapeute, ou celui qui conduit l'entretien, prenne en compte l'effet du transfert et ajuste sa visée par une écoute interprétative elle-même constamment corrigée par l'analyse de son propre contre-transfert.

Quand le désir et la demande se sont réajustés dans ce cadre privilégié (et l'on comprend alors que la répétition des entretiens est nécessaire, car le réajustement demande du temps, chez le patient, mais aussi chez le psychologue), ce qui se trouve acquis dans cette relation va pouvoir s'étendre à toute autre relation et déterminer chez l'intéressé une modification stable de sa présence au monde et de son comportement.

C'est ainsi que les choses ont déjà fonctionné au cours de l'élaboration maturative de l'enfance. On sait l'importance des modèles relationnels fortement investis que sont la mère, le père, les frères et sœurs qui seront inconsciemment utilisés dans toute relation ultérieure.

L'entretien clinique, et plus encore lorsqu'il devient psychothérapie proprement dite, remet en route de façon mieux concertée, un processus qui a déjà fonctionné dans le passé.

Après avoir situé l'entretien clinique dans le cadre théorique, qui permet de mieux saisir sa spécificité et son objet – ce dernier étant finalement la relation dynamique et évolutive qui s'instaure entre deux personnes – il reste à préciser quels sont les critères qui paraissent assurer sa validité et à quelle condition l'objectivité diagnostique peut être préservée. Le clinicien introduit nécessairement un paramètre qui modifie la façon dont le sujet se présentera à l'entretien. On sait bien, en effet, que celui-ci se déroulera différemment en fonction du sexe et de la personnalité consciente et inconsciente de celui qui le mène, et que le sujet n'y présentera pas les mêmes aspects de sa personnalité.

Nous voudrions maintenant montrer que, loin d'être un facteur d'«inobjectivité», l'implication mutuelle des deux protagonistes représente, au contraire, un facteur de validité essentielle.

Il est important, en effet, de pouvoir se rendre compte, dans une relation mouvante et dynamique, des particularités fonctionnelles, des pulsions et des défenses mobilisées par l'entretien, à condition bien entendu que le clinicien soit au clair sur les projections que le sujet a pu faire et sur les désirs, les motivations, les défenses et les réactions contre-transférentielles qui ont pu intervenir chez lui.

Enfin, dans la mesure où l'autre ne se dévoile que dans un rapport dynamique où apparaissent les différentes facettes de sa personnalité, il apparaît souhaitable, même sous l'angle diagnostique, de ne pas se contenter d'un seul entretien, mais d'en avoir plusieurs. D'autant plus que l'évolution qui se produit d'un entretien à l'autre apporte souvent les renseignements les plus précieux et permet une évaluation pronostique.

Reste cependant à poser le problème de la référence aux cadres théoriques qu'on est amené à utiliser pour poser ce diagnostic.

Certes, on pourrait invoquer, derrière la complexité des comportements humains, l'existence de lois plus générales qui pourraient en donner les clés de compréhension. Malheureusement, la loi la plus générale qu'on a tôt fait de découvrir est le caractère holistique et historique de l'organisation psychique humaine.

La pratique psychanalytique suffit à montrer combien toute interprétation de type conceptuel à connotation métapsychologique est habituellement d'une remarquable inefficacité et com-

ment l'analyste doit obligatoirement repasser patiemment par les dédales et les défilés qui caractérisent les constructions concrètes propres à chacun.

Force est bien alors de se référer plus encore qu'en médecine au seul outil d'investigation qui semble congruent à son objet, à savoir l'intuition clinique.

On comprendra aisément, sans plus d'explication, combien elle peut apparaître suspecte à ceux qui sont depuis longtemps rodés à la rigueur des méthodes expérimentales.

Nous voudrions cependant tenter de montrer rapidement pourquoi, en fin de compte, elle apparaît plus objective que tout autre abord qui prétendait se référer à un modèle plus «scientifique».

Nous prendrons un exemple pour éclairer notre propos. Un ouvrage récent (J. Corraze, 1980), consacré à la communication non verbale, rapporte des travaux effectués en vue de codifier de façon scientifique les modifications du visage intervenant dans l'expression des émotions. Effort peut-être louable, mais dont on peut douter de la rentabilité; comment schématiser la surprise, le doute, l'interrogation et les subtiles nuances qui diversifient à l'infini chacune de ces expressions. Qu'est-ce donc alors qui nous permet de reconnaître avec certitude un visage que nous n'avons pas vu depuis des années ? Aucune mensuration scientifique n'aura ici la précision et le degré de certitude du diagnostic que nous posons dans l'éclair d'un instant.

Comment rendre compte de cela autrement qu'en invoquant les lois spécifiques qui régissent notre psychisme conscient et surtout inconscient ?

Le diagnostic mimique d'une émotion ne peut sans doute s'expliquer sans le recours à la théorie de l'inconscient et aux lois d'association qui le régissent. Le diagnostic de cette émotion qu'on appelle «colère» est sans doute le résultat d'un emmagasinement et d'une sorte d'amalgame d'une très grande quantité d'images associées, de souvenirs concrets individualisés devenus inconscients, mais qui se sont regroupés associativement pour former ce qu'on pourrait appeler des schèmes. On peut imaginer que la mimique perçue va être confrontée par une sorte de balayage instantané à l'éventail des schèmes ainsi constitués et que, lorsqu'elle rencontrera le schème correspondant, elle le fera surgir à la conscience avec son cortège associé d'images, de souve-

nirs, de réactions émotives et motrices emmagasinés au fil de notre propre expérience vécue.

C'est si vrai que la fausse reconnaissance est possible; ce qui laisse supposer que les informations sensorielles se sont trouvées si proches du schème mémoriel inconscient correspondant à tel visage, qu'elles ont déclenché le surgissement de ce schème qui va se trouver projeté sur le visage inconnu.

Ce mode de fonctionnement, à bien y réfléchir, n'est pas si éloigné de celui qu'on considère actuellement comme à la fine pointe de la technologie scientifique, à savoir celui de l'ordinateur et de sa «mémoire». A ceci près que notre ordinateur est sans doute à la fois plus affiné, mais aussi plus susceptible d'erreur en raison de son montage contingent et historique, qui va nécessiter tout un travail de corrections : en raison des vicissitudes des investissements et des mécanismes de défense du sujet, tels qu'ils s'expriment en particulier dans le transfert, et aux projections contre-transférentielles du clinicien.

Ce n'est pas le lieu ici d'élaborer une méthodologie clinique. Mais nous souhaitons avoir pu montrer en quoi et pourquoi elle apparaît pertinente à son objet et peut être dite scientifique.

Lorsque l'entretien clinique a été «rectifié» par tout un travail d'ajustement sur l'instrument que nous sommes et pouvons devenir, il peut être l'outil privilégié et précis qui permettra d'aboutir à un diagnostic valable ou de conduire une recherche à valeur scientifique.

C'est un travail de longue haleine qui exige non seulement une information, mais une formation, où on ne peut faire l'économie de l'implication de son propre inconscient. Ce sera l'objet d'un prochain chapitre.

CHAPITRE IX

La formation à l'entretien clinique

par Anne LEDOUX

Une étudiante en psychologie venait de découvrir au cours d'un de ses stages en dispensaire tout l'intérêt d'un entretien clinique non-directif. Elle en fait part à son groupe de travail et rapporte l'exemple d'un entretien auquel elle a assisté entre un clinicien et des parents venus demander un conseil précis pour l'un de leurs enfants. Elle montre comment une écoute attentive, relevant seulement ça et là quelques obscurités de leur discours, a révélé toute une problématique où l'ensemble de la famille est en question. L'enseignant lui demande de reprendre en jeu de rôle, avec quelques étudiants du groupe, cet entretien. On enregistre au magnétoscope et on repasse la bande. Quelle n'est pas la surprise de l'étudiante en question de se voir elle-même dans le rôle du clinicien qu'elle a choisi, adopter progressivement en regard de parents réticents et sur la défensive, une attitude opposée à celle qu'elle prônait avec tant d'enthousiasme. Derrière une apparence non-directive et des silences délibérés fusent bientôt des questions qu'elle ne peut retenir, voire des questions induisant une réponse, sur le modèle : « est-ce que vous ne croyez pas que ... ».

C'est assez dire que dans le domaine clinique une transmission des connaissances, fut-elle présentée de façon concrète sous forme d'un modèle technique inséré dans la pratique, se révèle tout à fait insuffisante.

Tant il est vrai que notre comportement dans l'entretien clinique et plus encore notre perception même de ce qui s'y joue sont en partie conditionnés par tout ce qui a tissé depuis notre enfance les structures de notre propre inconscient. Si l'on ajoute que les échanges qui se passent sur un registre non verbal échappent à notre contrôle, on comprendra que tant qu'un travail intérieur de prise de conscience et d'analyse, voire de remise en cause de notre mode relationnel n'est pas entrepris, les risques sont importants d'occultation des problèmes de l'autre, en raison des projections et des résistances qu'ils suscitent en nous. Etre le plus possible au clair avec la part inconsciente de nous-mêmes que nous engagerons dans l'entretien clinique est donc une nécessité, mais les chemins pour y parvenir peuvent être divers.

Si une psychanalyse personnelle proprement dite apparaît la voie privilégiée d'une telle formation, d'autres voies sont également possibles, en particulier si le clinicien ne se destine pas à devenir thérapeute.

Nous voudrions ici, à partir d'une expérience concrète de formation dans un cadre universitaire, préciser comment et à quelles conditions il nous semble qu'on puisse permettre au futur clinicien de rendre plus fiable l'outil de travail que constitue l'entretien clinique. Mais une méthode ne peut se mettre en place qu'à condition d'avoir soigneusement précisé les buts qu'elle se propose d'atteindre. Nous nous proposons donc de procéder en trois étapes successives : après avoir rappelé brièvement les *finalités* de l'entretien, nous chercherons à situer plus concrètement les attitudes, les façons d'être, les *modes d'écoute et d'attention spécifiques* du clinicien qui nous semblent les plus propres à réaliser ces finalités.

Nous exposerons ensuite quelques-unes des *méthodes* qui nous ont paru particulièrement appropriées.

On a vu dans le précédent chapitre que ce qui spécifiait l'entretien clinique était sa prise en compte de l'inconscient comme partie intégrante de l'ensemble du fonctionnement psychique, et que de ce fait, il n'était pas possible de séparer l'aspect diagnostique de l'aspect dynamique et thérapeutique. Ces deux finalités de l'entretien, comprendre et aider, nous

paraissent indissociables, car c'est en comprenant qu'on aide, mais c'est aussi en aidant, c'est-à-dire en s'engageant dans une relation intersubjective, que s'ouvre à nous la possibilité de mieux comprendre. L'objet de l'entretien clinique n'est pas en fin de compte la pure saisie de la configuration psychique d'un sujet observé de l'extérieur. Ce n'est qu'à partir de son interrelation avec le consultant que le clinicien peut découvrir quelque chose de l'organisation dynamique interne de l'autre, à condition de ne pas oublier qu'il est partie prenante de ce qu'il observe, et se trouve de ce fait à l'intérieur et à l'extérieur de cette interrelation.

Doit être pris en compte tout autant ce qui vient du consultant, sa demande, les circonstances qui l'ont mené à l'entretien, son milieu socio-culturel, son histoire, etc., que ce qui vient du clinicien, désir de celui-ci, sa capacité d'identification et de distance, ses références à sa pratique et son savoir, son idéologie, son propre passé infantile, etc. Le cadre même dans lequel se déroule l'entretien a son importance : cadre matériel (les locaux, la disposition des sièges et du bureau), mais aussi le cadre fantasmatique réverbéré par l'image que le groupe social se fait du clinicien et de celui qui le consulte, et éventuellement de l'institution (école, hôpital psychiatrique, dispensaire, etc.) où a lieu l'entretien.

Le clinicien devra donc être à même de discerner l'impact de ce cadre matériel et fantasmatique de l'entretien et d'acquérir un certain nombre d'attitudes « psychiques » de nature à faciliter la communication avec le consultant.

Ce qui facilite, chez le clinicien, le déroulement satisfaisant de l'entretien clinique, pourrait être regroupé selon deux directions opposées :

– la prise de conscience et le dépassement de ce qui risque de faire obstacle à la communicaiton;
– le développement d'aptitudes spécifiques au type de relations intersubjectives qui y sont engagées.

Le clinicien se doit tout d'abord d'être au clair avec son désir et sa demande propre, face au désir et à la demande du patient. Le désir d'être psychologue n'est jamais innocent, et il est essentiel de prendre conscience des désirs refoulés ou

sublimés qui ont pu être à l'origine de ses motivations professionnelles, et qui risquent de gauchir à son insu sa perception de l'autre. Au cours du travail en petit groupe dont nous décrirons plus loin les modalités, la prise de conscience de ces motivations sous-jacentes constitue une part importante du travail de formation. En regard d'attitudes différentes d'autres membres du groupe, tel étudiant découvre l'importance de sa curiosité quelque peu voyeuriste. A propos d'un questionnement particulièrement insistant, tel autre prendra conscience de son besoin de maîtriser constamment la situation à travers un zèle excessif à ne rien laisser échapper ou une propension à proposer d'emblée des solutions aux difficultés exprimées. D'autres encore refusent d'accepter toute situation d'impuissance, ou vivent le silence du consultant comme une mise en échec de leurs propres capacités d'aide. D'autres enfin découvriront leur besoin de réparation, de caractère souvent projectif, dans leurs difficultés à reconnaître ou accepter, par exemple, les aspects ambivalents ou agressifs de parents vis-à-vis de leur enfant. Par ailleurs, le désir de se comprendre soi-même vient souvent infiltrer le désir de comprendre l'autre, le clinicien cherchant à son insu à élucider à travers le patient les difficultés liées à son histoire passée.

Aussi le clinicien aura-t-il à découvrir qu'il met en jeu à son insu dans ses modes relationnels, un certain nombre de défenses, d'évitements, d'angoisses liés aux avatars de son histoire personnelle.

Il risque aussi de méconnaître les obstacles à la communication qui peuvent résulter de son appartenance socio-culturelle, de ses idéologies politiques ou religieuses, du groupe professionnel dont il fait partie ou de ses positions théoriques. Lors du travail en petit groupe, à partir de cas concrets, il est fréquent que cette appartenance se révèle, soit à travers le langage utilisé par l'étudiant, soit à travers son incidence sur la façon de mener l'entretien. Par exemple, cette étudiante très féministe souhaitait à tout prix imposer l'avortement à une adolescente enceinte sans tenir compte au préalable du désir de cette dernière. Tel autre étudiant utilisera une terminologie psychologique, voire psychanalytique que le consultant ne peut comprendre, créant de ce fait une distanciation infranchissable, et trouvant inconsciemment une réassurance à son pouvoir.

Quant aux aptitudes spécifiques qui doivent être développées

chez le psychologue, on pourrait se référer à celles que Winnicott considère comme essentielles au clinicien, et qui s'articulent, du reste entre elles :

- la possibilité de s'identifier au patient,
- la capacité de garder la bonne distance,
- la juste maîtrise des interventions.

L'aptitude à s'identifier à l'autre, à le percevoir de l'intérieur, à se «mettre dans sa peau», à ressentir en soi ce qu'il exprime non seulement à travers son dire, mais à travers sa mimique et la gestuelle de son corps, est la voie élective d'une communication qui prenne en compte le contenu «latent» de l'expression «manifeste». Comme nous le verrons plus loin, l'entretien se déroule de façon tout à fait différente, en fonction de la perception plus ou moins grande du vécu de l'autre.

Mais cette identification peut être aussi excessive, ne permettant plus une juste appréciation de la situation relationnelle. Certains étudiants se disent gênés, voire culpabilisés de leur position de psychologue et on les voit s'efforcer dans leurs entretiens de se mettre sur le même plan que le consultant et d'effacer au maximum la différence due à leur fonction. Ils ne perçoivent pas qu'ils oblitèrent ainsi toute projection transférentielle et se privent d'informations essentielles à la compréhension de l'autre.

Etre trop près, ou immergé soi-même dans la problématique de l'autre, présente autant d'inconvénients que d'être trop loin, et, comme nous l'avons déjà souligné, l'identification, surtout lorsqu'elle est inconsciente, peut devenir un obstacle à la communication. Lorsque le problème de l'autre éveille chez le psychologue trop de résonances parce qu'il fait resurgir des émois dûs à un problème semblable mal maîtrisé, il peut arriver que celui-ci s'en trouve paralysé. Ainsi cette étudiante, elle-même enfant adoptée, qui ne pouvait supporter le vécu agressif d'une jeune mère vis-à-vis de son bébé et s'avouait de ce fait dans l'incapacité d'établir une bonne relation avec elle dans l'entretien.

Même lorsqu'il s'agit d'un entretien sans visée thérapeutique, dans lequel par conséquent le clinicien sera particulièrement sobre de toute interprétation, il intervient cependant, qu'il le veuille ou non, par sa seule présence et même par son silence. Une attitude non-directive de bon aloi est dans l'ensemble favora-

ble à l'écoute et à la communication, mais ceci n'implique pas que l'absence d'intervention soit toujours souhaitable. Il arrive que des consultants fuient leurs véritables questions derrière un discours prolixe qu'il est alors utile d'interrompre par une remarque qui pointe un détail significatif. Le discours en effet n'est pas toujours parole. Mais une attitude trop silencieuse et distante peut être très angoissante pour le consultant et susciter des réactions agressives, ou la fuite. Tel étudiant, psychologue scolaire, s'étonnait qu'après des entretiens particulièrement chargés d'émois, où ses consultants semblaient s'être beaucoup confiés à lui, il ne les voyait plus revenir. Il prit alors conscience de son attitude trop silencieuse et découvrit qu'il eût été sans doute plus judicieux de laisser entendre qu'il avait bien perçu la demande du sujet, qu'il la prenait en compte et qu'une réponse serait recherchée ensemble aux problèmes exposés, sans pour autant formuler nécessairement des conseils précis ou proposer des solutions immédiates.

Le clinicien apprendra aussi à se méfier de toute interprétation hâtive. Winnicott disait qu'il attendait toujours, avant d'intervenir, quelques signes de confirmation de ses hypothèses cliniques, venues du patient lui-même.

Mais il y a une grande distance entre la compréhension du bien-fondé de telles attitudes cliniques et leur intégration dans la pratique de l'entretien. La difficulté de la formation est qu'elle ne peut se faire qu'à partir de l'engagement et de l'implication dans la relation d'entretien. C'est à partir seulement de ce vécu qu'on peut réfléchir, comprendre et intégrer ce qui se joue dans l'entretien. C'est dire l'importance pour le futur clinicien d'une insertion dans des stages où il se trouvera en situation. Mais ces stages ne seront eux-mêmes profitables que si un travail de prise de conscience de l'implication personnelle peut être fait de façon parallèle.

La meilleure formation pour les étudiants serait de pouvoir, non seulement assister, lors de stages prolongés, à des entretiens menés par des cliniciens entraînés, mais de mener eux-mêmes de nombreux entretiens, avec la possibilité de discuter de chaque cas et d'être supervisé par un psychologue qui aura éventuellement été présent à l'entretien.

A l'université, les *différentes méthodes* que nous avons

utilisées *pour la formation à l'entretien clinique* présentent deux caractères communs : elles s'inscrivent dans le cadre d'un travail en *petit groupe* et se réfèrent toujours, d'autre part, à une *situation d'entretien vécue.*

Le travail en groupe n'est bien entendu possible que si le nombre de participants est restreint (ne dépassant par 12 à 15), afin de donner à chacun la possibilité de s'exprimer à tour de rôle et d'éviter les phénomènes d'inhibition et de résistance liées au grand groupe. Dans ces conditions, il permet aux étudiants de prendre conscience de différences qui apparaissent dans leur appréhension des problèmes et dans leurs réactions vis-à-vis du consultant, et de ce fait, de relativiser leur propre perception. Ils découvrent ainsi que chaque clinicien aborde le consultant d'une façon qui dépend de sa personnalité propre, de celle de l'autre et de l'interaction qui s'établit entre elles. Loin d'infirmer l'approche clinique, la confrontation avec les autres membres du groupe est riche d'informations qui viennent converger dans une vision plus élaborée du cas. Même lorsque par la suite, cette confrontation sera moins systématique – sauf dans le cadre d'un travail en équipe dans une institution – le futur clinicien aura le désir de la poursuivre dans sa participation à des échanges entre collègues, à des groupes de travail sur des cas cliniques, ainsi qu'à travers ses lectures des travaux d'autres cliniciens. A l'intérieur même de sa pratique personnelle, il aura le souci de confronter dans leurs différences le déroulement successif de plusieurs entretiens.

La référence nécessaire à une situation d'entretien réelle procède d'une pédagogie *inductive.* Les questions ne seront posées dans le groupe qu'à partir de l'expérience vécue de chacun de ses membres. En effet, seule l'implication personnelle permet d'accéder à la compréhension non seulement intellectuelle, mais aussi à la compréhension émotionnelle de ce qui se joue dans l'entretien. Un climat de respect et de tolérance réciproque est indispensable pour que cette implication puisse se faire dans le groupe sans anxiété excessive, ou sans crainte d'être jugé. Le rôle de l'enseignant est ici essentiel.

Ce travail, centré sur l'analyse de la situation d'entretien, peut se faire de diverses façons. Nous en présenterons quatre, en insistant de façon plus détaillée sur les méthodes qui nous paraissent particulièrement intéressantes.

a) la discussion en groupe d'entretiens cliniques rapportés par les étudiants,

b) l'analyse d'entretiens enregistrés au magnétophone,

c) le jeu de rôle,

d) l'utilisation du magnétoscope.

a) Dans le premier cas, il s'agira donc pour un étudiant de *relater un entretien clinique* qu'il a effectué lors d'un stage ou dans sa vie professionnelle (par exemple un psychologue scolaire). Après avoir décrit le cadre dans lequel s'est déroulé l'entretien, il exposera d'une part ce qu'il a saisi de la problématique du sujet à partir de ce qu'il a observé, entendu, et d'autre part ce qu'il a lui-même ressenti, les difficultés particulières qu'il a pu rencontrer (par exemple sa difficulté à supporter un silence, une crise de larmes, l'impossibilité de mettre fin à l'entretien, etc.). Il cherchera à analyser son type d'écoute (directive, non directive), ses attitudes, l'évolution de ses perceptions du sujet au fur et à mesure de l'entretien. Les questions des divers membres du groupe lui permettront souvent de préciser les éléments manquants de son analyse du cas, de prendre conscience des omissions de son récit ou des oublis significatifs de son anamnèse. Tel étudiant prendra conscience que, lors d'une consultation avec une mère, il s'est laissé enfermer dans le problème de celle-ci vis-à-vis de son enfant, en négligeant d'explorer le rôle du père.

Le fait de rapporter un cas et la discussion de groupe qui s'ensuit permettent à l'étudiant de prendre une certaine distance par rapport à son vécu émotionnel, d'éclairer certains points restés obscurs pour lui-même, soit dans sa façon de mener l'entretien, soit dans sa compréhension du sujet. Mais il est certain qu'il aura tendance à rationaliser ses propres prises de position, à intellectualiser les problèmes, à refouler ce qui aura pu lui être pénible ou désagréable. Bien des aspects de l'entretien lui échapperont donc ainsi qu'au groupe, notamment ses propres interventions et leur effet sur le discours du sujet, une partie du contenu de l'entretien et la dynamique même de celui-ci.

Cette méthode à elle seule ne saurait permettre à l'étudiant d'aller suffisamment loin dans l'analyse de la complexité des facteurs mis en jeu dans l'entretien clinique. Elle peut servir à une «mise en route» d'un groupe, ou lorsqu'il s'agit d'étudier

une problématique particulière (toxicomanie, dépression des personnes âgées, etc.).

b) Dans le deuxième cas, le groupe aura pour tâche d'analyser des *entretiens enregistrés au magnétophone.* Comme nous l'avons vu précédemment, il ne pourra s'agir que *d'entretiens cliniques à visée de recherche,* où la demande émane du psychologue et non du sujet, et dont l'objectif sera de permettre la compréhension d'un problème clinique.

Cette méthode a l'avantage de restituer avec fidélité la totalité de l'entretien et de permettre de ce fait une *analyse de contenu,* sur laquelle nous ne reviendrons pas ici[1]. Elle apporte non seulement plus de précisions dans l'information sur le discours verbal du sujet et du clinicien et leur interaction réciproque, mais aussi sur les aspects non-verbaux du langage (voix, intonations, rythme, silences, etc.). Il arrive souvent que les impressions d'un groupe soient totalement modifiées par l'écoute de la voix d'un sujet, qu'ils avaient imaginé tout autrement à partir du simple récit du cas. Par ailleurs, le clinicien a la possibilité de se réécouter et de percevoir la qualité de ses interventions, ou ses erreurs (couper la parole, changer de thème, relancer le discours non à propos, etc.).

L'enregistrement donne aussi à l'entretien un caractère plus vivant et concret, et permet aux participants du groupe de s'identifier plus facilement à l'un ou à l'autre des protagonistes.

c) *Le jeu de rôle* nous est apparu comme un moyen privilégié de formation à l'entretien clinique, venant enrichir et compléter les méthodes précédentes et non les exclure.

Le jeu de rôle, tel que nous l'utilisons, doit être différencié du psychodrame. Le travail n'est pas ici centré sur l'analyse des projections personnelles dans une situation jouée qui pourrait être alors aussi bien imaginaire que réelle. Il ne s'agit pas d'explorer nos fantasmes, nos associations libres, notre inconscient, mais de découvrir ce qui, dans telle situation précise, peut nous gêner, nous angoisser, faire obstacle à la compréhension de l'autre, à une perception plus objective de son problème, et bloquer la communication. Il ne s'agit pas, comme dans le psychodrame, de vouloir élucider *pourquoi,* en fonction de notre histoire per-

1. Nous renvoyons le lecteur au chapitre sur l'entretien de recherche.

sonnelle, ou de notre problématique psychique non résolue, nous agissons ou réagissons ainsi, mais de saisir *comment* notre perception d'autrui est déformée par nos a priori, notre sexe, notre âge, nos références culturelles et théoriques, ou notre passé infantile. Le travail du jeu de rôle se fait donc à partir de situations vécues d'entretien, ce qui n'exclut pas que dans un second temps et dans un autre cadre que celui de l'université, le psychodrame puisse être utilisé comme un moyen d'évolution personnelle et de prise de conscience de soi plus approfondie.

Nous allons procéder à une *description méthodologique de l'utilisation du jeu de rôle.* Un étudiant peut proposer spontanément un entretien clinique ou de recherche qu'il a effectué. Il peut être aussi sollicité d'apporter une situation d'entretien pour la prochaine séance. En principe, l'étudiant qui relate le cas jouera le consultant, tout au moins dans un premier temps, car il est important que la réalité du consultant soit restituée aussi fidèlement que possible dans son contenu verbal et non-verbal. Si d'ailleurs l'étudiant qui rapporte le cas a le sentiment de n'avoir pu le rejouer dans son déroulement réel, il l'exprimera dans la discussion qui suit le jeu de rôle, ce qui peut être l'occasion d'explicitations riches d'enseignement. Nous pensons, par exemple, à tel jeu de rôle où une étudiante rapportant un entretien avec un sujet psychotique, prend conscience de son impossibilité à jouer vraiment le rôle de celui-ci et à en restituer le contenu émotionnel. C'est l'occasion pour le groupe de prendre conscience de sa difficulté à s'identifier vraiment à une personnalité psychotique et donc à la comprendre ou à communiquer avec elle.

Mais il arrive parfois aussi qu'un étudiant relate un cas qui sera joué par d'autres, notamment s'il s'agit d'un entretien avec un sujet de sexe différent[2]. Ou dans un entretien avec un couple ou avec une famille. L'étudiant qui a mené l'entretien jouera par exemple le père de famille, et divers membres du groupe chosiront de jouer les autres rôles.

C'est également un *volontaire* du groupe qui jouera le psychologue.

Il est parfois nécessaire d'encourager un étudiant timide qui

2. Il nous paraît difficile d'inverser les sexes lors d'un jeu de rôle, à la différence du psychodrame, où l'on travaille davantage dans l'imaginaire.

désire cependant jouer, mais il n'est jamais souhaitable de forcer l'un ou l'autre à prendre tel rôle. Les résistances à jouer qui se manifestent au début d'un travail de groupe sont liées à la crainte d'être jugé par les autres ou d'être ridicule, mais elles disparaissent assez rapidement dans la mesure où l'enseignant saura créer par son attitude un climat de confiance et de spontanéité, et où tous savent qu'ils auront à participer à leur tour à un jeu de rôle.

La scène peut être disposée soit au centre soit dans un coin de la pièce, dans une position où tous peuvent voir les protagonistes de face. Il est souhaitable que la disposition des tables et chaises soit le plus fidèle possible à celle de l'entretien réel. Le jeu de rôle n'est pas du théâtre à proprement parler, car l'étudiant qui joue le psychologue fait son apprentissage de futur clinicien. D'autre part, lorsqu'il joue le rôle du patient, il cherche à nous transmettre la perception qu'il a eue de celui-ci. Certains peuvent retransmettre avec leur corps tout ce qu'ils ont perçu de non-verbal, les mimiques, les postures, les intonations, les gestes, le vécu émotionnel, d'autres ne peuvent que retransmettre le discours verbal et nous décrire, par ailleurs, les aspects non-verbaux de la communication.

Lorsqu'un étudiant choisit de présenter un cas, il peut soit jouer d'emblée la situation d'entretien, sans en parler au préalable, si ce n'est pour donner au groupe les éléments d'information qu'il possédait au départ (âge, sexe, but de la consultation, etc.). Il peut aussi présenter le cas auparavant, mais il nous paraît alors plus utile d'insister sur les aspects formel et dynamique de l'entretien (comment il s'est déroulé, les moments-clés, les silences, etc.) que sur le contenu même de l'échange.

Il arrive qu'un étudiant ait besoin de parler de l'entretien assez longuement avant de se risquer à le jouer. Il évoquera alors le problème du patient tel qu'il en a pris connaissance au préalable (dossier, éléments fournis par l'institutrice dans le cadre scolaire, l'infirmier ou le psychiatre dans le cadre de l'hôpital) ou tel qu'il l'a découvert, au cours de l'entretien. Il est intéressant de noter que bien souvent des aspects essentiels du cas sont oubliés lors du récit et ne seront remémorés qu'au cours du jeu de rôle ou lors de la discussion de groupe qui le prolonge.

L'étudiant qui choisit de jouer le rôle du clinicien peut

recevoir comme consigne de jouer aussi fidèlement que possible le clinicien tel qu'il s'est décrit lui-même. Il cherchera alors à reproduire son mode d'intervention, les questions qu'il a posées, la façon dont il a mené l'entretien. Il peut également essayer de jouer spontanément son propre rôle de clinicien face au consultant. Il arrivera alors que parfois il se comporte comme son collègue étudiant l'avait fait dans la situation réelle, ou, au contraire, qu'il adopte une attitude très différente. Les discussions à ce sujet peuvent être très éclairantes pour le groupe.

Le jeu de rôle a une durée variable (10 minutes à 30 minutes). On peut en effet soit jouer un moment spécifique de l'entretien (début, fin, moment crucial), soit le restituer dans sa quasi-totalité. Le jeu de rôles s'arrête souvent lorsque les protagonistes ont le sentiment d'avoir fait le tour de la situation. Il peut cependant être repris ou prolongé, afin d'analyser d'autres aspects de l'entretien. On peut aussi procéder à une inversion des rôles patient-psychologue.

Il arrive que, pendant le jeu, un blocage survienne. L'enseignant interviendra alors pour faire verbaliser ce qui se passe. Une difficulté subite à jouer soit le patient, soit le psychologue, une interruption, un éclat de rire ont souvent une valeur défensive contre l'angoisse.

A la fin d'un jeu de rôle il peut arriver qu'un des spectateurs souhaite jouer de façon différente. Il pourra alors intervenir à son tour. Nous citerons, par exemple, un entretien avec une adolescente très silencieuse. Plusieurs étudiantes se sont succédées dans le rôle de la psychologue, avec le souci de mieux établir la communication avec elle, et on les voit adopter tout à tour des attitudes tout à fait différentes. L'une parle beaucoup, cherche à rassurer, l'autre supporte de longs silences, une autre encore pose sans arrêt des questions qui resteront sans réponse et après ces essais de communication infructueux, déclare à l'adolescente : «Bon, je vais lire mon journal, quand tu auras envie de parler, tu n'auras qu'à le faire». Une dernière, enfin, s'efforce d'établir un contact avec l'adolescente en se rapprochant d'elle et en l'entourant de ses bras.

Au jeu de rôle proprement dit succèdera son analyse par les participants eux-mêmes et les spectateurs qui se sentent généralement aussi très impliqués, s'étant identifiés soit au consultant, soit au clinicien. Il est intéressant de voir que lors du jeu de

rôle d'un entretien avec une famille, les étudiants se sont identifiés de façon préférentielle ou au père, ou à la mère ou à l'enfant. D'autre part, l'étudiant qui aura joué l'enfant silencieux, écoutant ses parents parler de lui, en rapportant son vécu émotionnel, fera saisir au groupe ce qu'un enfant peut ressentir lors d'un entretien où les grandes personnes souvent l'oublient (y compris parfois la psychologue) et lui renvoient une image de lui-même très dévalorisée, difficile à assumer.

Le jeu de rôle est un remarquable révélateur d'attitudes contre-transférentielles qui sinon resteraient tout à fait inconscientes chez le futur clinicien, dans la mesure où elles sont souvent masquées par des rationalisations intellectuelles. Il permet à celui qui joue d'avoir ainsi accès à son propre vécu émotionnel qui n'est pas toujours en accord avec ses positions théoriques.

En voici une illustration; une étudiante a mené un entretien avec une jeune fille de 16 ans qui se trouve enceinte et joue donc cette adolescente, en évoquant une enfance difficile dans un climat familial perturbé et rejetant, et sa crainte actuelle d'être renvoyée du lycée et de sa famille. L'étudiante qui joue la psychologue écoute avec beaucoup d'empathie, mais paraît très démunie, quant à ses moyens d'aider cette jeune fille. Dans le groupe une étudiante réagit très violemment lors de la discussion qui s'ensuit ... elle pense que cette adolescente est en train de gâcher sa vie, ses possibilités d'études et son avenir professionnel. Elle ne comprend pas que la psychologue ne lui ait pas proposé un avortement, donné une adresse de «planning». Il lui est alors proposé d'intervenir comme elle le désire. Le jeu de rôles recommence donc, et, au bout de vingt minutes, la nouvelle psychologue s'arrête en disant qu'elle est incapable de donner les conseils prévus. Elle nous fait part de sa perception acquise pendant ce jeu de rôle, du désir de l'adolescente de garder cet enfant, qui vient combler ses besoins affectifs intenses et réparer les manques de sa relation avec sa mère. Cette étudiante découvre alors qu'elle a réagi en fonction de son idéologie féministe personnelle, de ce qu'elle aurait fait, elle, si elle était à la place de l'adolescente, et de ce fait qu'elle n'avait pu comprendre la problématique ambivalente dans laquelle se situait la demande d'aide de l'adolescente. Ce n'est qu'en s'engageant dans une relation vécue qu'elle avait pu enfin s'identifier à elle.

Un certain nombre de problèmes peuvent être spécifique-

ment travaillés en jeu de rôle à partir des situations réelles rapportées, concernant soit le mode d'écoute et d'intervention (directivité, non-directivité, acceptation des silences, etc.), soit certains moments de l'entretien (le début, la fin, les moments-clés, etc.), soit encore la thématique même de l'entretien. Certains contenus suscitent en effet des réactions émotionnelles très intenses pendant et après le jeu de rôle, renvoyant chacun à ses possibilités d'affronter ses propres pulsions. Il peut s'agir d'un problème d'agressivité. Par exemple, face à une mère froide, hargneuse ou un père revendicant et coléreux, les étudiants pourront prendre conscience de leurs réactions et des moyens utilisés pour y faire face (désarmer l'adversaire par la gentillesse, rester silencieux, abréger l'entretien, agresser à son tour, etc.). Il sera important qu'ils puissent non seulement saisir leur propre angoisse, mais celle de l'autre, sous-jacente à ces comportements agressifs. Bien des thématiques seront l'occasion d'un travail similaire : ce qui touche au deuil, au suicide, aux handicaps physiques graves (enfants atteints d'hydrocéphalie, de leucémie), à la psychose, aux problèmes conjugaux, etc.

Le jeu de rôle permet une découverte de nos modes relationnels avec autrui. L'enseignant pourra aider l'étudiant à exprimer ce qu'il a perçu de ses propres attitudes et émotions, mais sans aller au-delà de sa prise de conscience personnelle. Il devra donc avoir le souci d'éviter toute interprétation et toute forme de jugement de valeur. Il insistera davantage sur les difficultés communes à tout le groupe d'étudiants – par exemple la difficulté à assumer le statut fantasmatique du psychologue, ou le désir de toute-puissance lié à sa fonction. Il veillera également à ce que les étudiants n'adoptent pas une position critique vis-à-vis des autres sans s'impliquer eux-mêmes. S'ils voient la situation autrement ils iront la jouer. Une façon très directive de conduire l'entretien qui suscite l'agressivité du groupe peut en fait servir de révélateur, à tout un chacun, de ses propres tendances à être directif dans certaines situations spécifiques, lorsque le consultant nous met en échec, suscite nos sentiments d'impuissance et d'anxiété. L'enseignant permettra et encouragera la verbalisation des vécus émotionnels, afin d'éviter que ne s'instaure dans le groupe des tensions ou une angoisse excessive.

Le jeu de rôle nous paraît être un outil de formation privilégié, à condition d'être utilisé dans un très grand respect de la

personnalité de chacun et dans un climat de tolérance réciproque.

d) *L'utilisation du magnétoscope*

1. L'enregistrement au magnétoscope des jeux de rôles permet aux étudiants qui y ont participé de se revoir et de se réentendre «en situation», soit individuellement, soit en groupe. Ce faisant, ils s'aperçoivent de la différence qui existe entre ce qu'ils pensaient avoir joué et ce qu'ils ont joué effectivement. Ils prennent ainsi conscience de tout ce qu'ils ont exprimé inconsciemment malgré eux et qui a pu passer non seulement dans leur discours et leurs interventions verbales, mais dans les attitudes corporelles et les mimiques ainsi que dans leur façon d'aménager l'espace de la consultation et la distance vis-à-vis du patient.

Mais se revoir ainsi peut être pour certains une blessure narcissique, aussi nous paraît-il nécessaire de n'utiliser le magnétoscope qu'à bon escient, avec l'accord des participants et lorsque le climat du groupe s'y prête. Dans ces conditions seulement, le visionnement des jeux de rôle et l'analyse qui en sera faite en groupe peuvent être profitables.

C'est ainsi qu'une étudiante qui avait joué le rôle d'une psychologue recevant une mère célibataire à propos de ses difficultés s'aperçoit en revoyant la bande enregistrée qu'elle n'a laissé s'établir aucun silence au cours de l'entretien, et s'interroge à ce sujet. Elle se rend compte alors qu'elle a rempli l'espace de paroles comme si elle voulait se rassurer sur l'existence d'une bonne communication et rassurer la mère qui aurait pu percevoir son silence comme hostile ou menaçant. Celle qui jouait la mère confirme à son tour qu'elle a eu le sentiment d'être induite à parler.

Ainsi, le groupe a pu découvrir combien il est nécessaire d'être à la fois réceptif au «matériel» recueilli, et à l'effet produit chez l'autre par nos propres attitudes. Ceci implique une oscillation permanente entre ces deux préoccupations, ce qui est difficile lorsqu'on est soi-même engagé dans l'entretien. Le magnétoscope facilite cette analyse.

2. L'enregistrement au magnétoscope d'un entretien clinique réel nous paraît être un instrument de travail privilégié pour la formation des étudiants. Nous n'insisterons pas ici sur

les conditions qui nous paraissent indispensables à un tel enregistrement : libre acceptation du consultant, explicitation très claire du but et de l'utilisation à des fins didactiques, assurance du secret professionnel et évaluation des risques psychologiques que peut représenter pour tel ou tel patient cet enregistrement.

Les entretiens que nous utilisons ne sont pas nécessairement des «modèles» d'entretiens et ne sont pas toujours réalisés par des praticiens chevronnés. Il nous est apparu au contraire que certains entretiens menés par de jeunes psychologues, avec parfois les maladresses qu'ils comportent, étaient riches d'enseignement. Ils évitent l'écueil d'une identification à un modèle et permettent aux étudiants, qui se sentent ainsi plus à l'aise vis-à-vis de leurs propres erreurs, d'en prendre plus facilement conscience.

Le premier avantage de l'enregistrement est évidemment de confronter l'étudiant avec la réalité clinique, sans les filtres déformants du jeu de rôle qui comporte déjà, nécessairement, une interprétation du cas par celui qui le met en scène.

L'impact de l'image entraîne aussi une implication plus grande que lorsqu'un cas est seulement rapporté oralement, écouté au magnétoscope ou joué. La présence de l'image met en évidence de façon privilégiée les aspects non verbaux de l'entretien, peut-être même plus aisément que lorsqu'on assiste à l'entretien, ou qu'on l'effectue soi-même. D'autant plus qu'il est possible de passer l'image sans le son (ou le son sans l'image) ce qui permet d'analyser séparément les aspects non verbaux et verbaux de l'entretien, ainsi que leur corrélation. On est en particulier étonné, lorsqu'on projette l'image sans le son, avant même que les étudiants aient pris connaissance du contenu du discours, de la richesse des informations issues des éléments non-verbaux (aspect physique, mimique, gestuelle, regard, etc.) même pour un étudiant non expérimenté. Un travail peut être fait également sur les projections diverses de chaque membre du groupe, à partir de leurs perceptions souvent contradictoires ou complémentaires du patient.

La possibilité, enfin, de revoir plusieurs fois la bande et d'isoler éventuellement les moments-clés de l'entretien permet d'effectuer de façon plus fine et approfondie une analyse de contenu de l'entretien, sous ses différents aspects, notamment :

– le contenu formel et thématique du discours du patient,

– les interventions du clinicien, leur type (questions, relance, reformulation, interprétation, réassurance, etc.) et leur place dans l'entretien,

– la dynamique même de l'entretien, l'importance des silences, leur signification, l'interaction des deux discours et son évolution au cours de l'entretien.

Au terme de cet exposé des méthodes que nous avons utilisées pour la formation à l'entretien clinique, nous prenons conscience qu'il est difficile de restituer toute la complexité des découvertes progressives que les étudiants sont amenés à faire, et la diversité des chemins qu'ils empruntent, en fonction de leur propre personnalité. C'est dire aussi l'importance du rôle du formateur, de sa qualité d'écoute au niveau du groupe, comme de chacun des participants.

Les étudiants abordent souvent la clinique psychologique avec un bagage purement théorique. La marge entre une démarche intellectuelle et la saisie d'une situation clinique est grande. Savoir ce qu'est un contre-transfert et le vivre est bien différent. Telle étudiante, par exemple, prend conscience en se revoyant au magnétoscope que l'entretien qu'elle a mené est, selon sa propre expression, une «chasse aux renseignements», et qu'elle a, sans s'en rendre compte sur le moment, à cause de son angoisse personnelle, «mitraillé» de questions la jeune mère qu'elle interviewait. Elle découvre que ce n'est pas le fait de collectionner des informations qui lui permet une compréhension de l'autre, mais une écoute de ce qui se dit et de ce qui se tait à travers les rythmes et les ruptures du discours, l'émotion qui tout à coup trouble la voix, un geste, un regard, une attente. Elle réalise alors qu'elle n'a pas saisi la demande latente derrière la demande manifeste de la mère.

D'autres fois c'est le groupe tout entier qui, par approches successives, fait la même découverte à l'occasion d'un jeu de rôle où une mère vient demander comment répondre à son fils âgé de 6 ans qui ne cesse de lui poser des questions sur la venue des enfants. Plusieurs étudiants se relaient dans le rôle du psychologue. L'un indique un livre, une autre formule les termes mêmes qu'il lui paraîtrait judicieux d'employer. Un troisième estime qu'il faut faire intervenir le père – à l'occasion d'un moment privilégié, comme la toilette par exemple –; une dernière, enfin,

pense à lui demander pourquoi cela l'angoisse tant, soulevant ainsi toute une problématique personnelle, la renvoyant à se propre éducation, à ses interrogations d'enfant. C'était l'occasion pour le groupe de découvrir qu'un problème de forme, posé en termes de «comment» expliquer à l'enfant, masquait un problème de fond : celui du «pourquoi» cette femme se trouvait empêchée de donner à son fils des éclaircissements mettant en jeu sa propre sexualité infantile et adulte.

Là encore, le rôle du travail en groupe nous paraît important. Quand un étudiant exprime la façon dont il a vécu et saisi une situation donnée, il n'est pas rare que se produise tout un travail associatif, chacun se souvenant de cas similaires. Ainsi s'opère peu à peu toute une élaboration spécifiquement clinique où la référence nécessaire aux concepts théoriques se fait au plus près d'un vécu relationnel qui interroge constamment cette théorisation même.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AJAR, E. (1974), *Gros-Câlin*, Paris, Mercure de France.

ANZIEU, D. (1974), Le Moi-Peau, in *Le dehors et le dedans*, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, printemps 1974, n° 9, 195-208.

— (1976), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.

ANTHONY, E. J. et KOUPERNIK, C. (1973), *The Impact of Disease and Death*, New York, Wiley ; tr. fr. *L'enfant devant la maladie et la mort*, Paris, Masson, 1974.

ANTHONY, E. J., CHILAND, C. et KOUPERNIK, C. (1974), *Children at Psychiatric Risk*, New York, Wiley ; tr. fr. *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Paris, PUF, 1980.

ARFOUILLOUX, J.-C. (1975), *L'entretien avec l'enfant*, Toulouse, Privat.

BARDIN, L. (1977), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.

BATESON, G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Chandler ; tr. fr. *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Ed. du Seuil, t. 1, 1977, t. 2, 1980.

— BIRDWHISTELL, R., GOFFMAN, E., HALL, E. T., JACKSON, D., SCHEFLEN, A., SIGMAN, S., WATZLAWICK, P. (1981), *La nouvelle communication*, textes recueillis et présentés par Yves WINKIN ; tr. fr., Paris, Ed. du Seuil.

BOUVET, M., *Œuvres psychanalytiques*, t. I : *La relation d'objet*, 1967 ; t. 2 : *Résistances, transfert*, 1968, Paris, Payot.

CAHN, R. (1980), De quelques vicissitudes de l'espace transitionnel à l'adolescence, *Revue française de Psychanalyse*, *44* (3-4), 531-542.

CASTARÈDE, M.-F. (1977), *Aspects de la psychosexualité des adolescents d'aujourd'hui*, thèse de doctorat de 3e cycle, Paris, Université René-Descartes.

— (1978), La sexualité chez l'adolescent, *La Psychiatrie de l'enfant*, *21* (2), 561-638.

— (1978), La psychosexualité des adolescents d'aujourd'hui, *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, *26* (12), 677-682.

CHILAND, C. (1971), *L'enfant de six ans et son avenir*, Paris, PUF, 4e éd., 1982.

— (1972), Des apories de toute réflexion sur la normalité, *Revue française de Psychanalyse*, *36* (3), 411-419.

— sous la direction de (1981), Unité et interdisciplinarité de la psychologie, *Revue de Psychologie appliquée*, *31* (2), 75-161.

— (1981), Piaget et la psychanalyse, *Psychanalyse à l'Université*, mars 1981, *6*, n° 22, 363-370.

CORRAZE, J. (1980), *Les communications non verbales*, Paris, PUF.
DAVID, C. (1971), *L'état amoureux*, Paris, Payot.
DEUTSCH, H. (1967), *Selected Problems of Adolescence*, New York, International Universities Press ; tr. fr. *Problèmes de l'adolescence*, Paris, Payot, 1967.
DIATKINE, R. et SIMON, J. (1972), *La psychanalyse précoce*, Paris, PUF, 2e éd., 1973.
Dossiers (Les) de l'étudiant (juin 1980), *Le Monde de l'Education*, octobre 1980.
EKMAN, P., FRIESEN, W. V., TOMKINS, S. S. (1971), Facial affect storing technique, *Semiotica*, *3* (1), 37-58.
L'enfant et la mort (1979), *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *27* (4-5).
ERIKSON, E. (1968), *Identity, Youth and Crisis*, New York, Norton ; tr. fr. *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1972.
FRÉDÉRIC, H. et MALINSKY, M. (1979), *Martin, un enfant battait sa mère*, Paris, Jean-Pierre Delarge.
FREUD, A. (1936), *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Vienna, rééd. London, Imago, 1946 ; tr. fr. *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1949.
— et DANN, S. (1951), An experiment in group upbringing, *The Psychoanalytic Study of the Child*, *6*, 127-168.
FREUD, S. (1894), Die Abwehr-Neuropsychosen, *G.W. 1*, 59-74 ; *SE, 3*, 41-61 ; tr. fr. Les névropsychoses de défense, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
— (1896), Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, *GW, 1*, 379-403 ; *SE, 3*, 157-185 ; tr. fr. Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
— (1912), Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens II, Über die allgemeinste Erniedrigung, *GW, 8*, 78-91 ; *SE, II*, 177-190 ; tr. fr. Contributions à la psychologie de la vie amoureuse, II, Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse, in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, 55-65.
— (1920), Jenseits des Lustprinzips, *G.W., 13*, 3-69 ; *SE, 18*, 1-64 ; tr. fr. Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
— (1926), Hemmung, Symptom und Angst, *GW, 13*, 113-205 ; *SE, 20*, 75-175 ; tr. fr. *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.
GARAUDY, R. (1975), *Parole d'homme*, Paris, Laffont.
GARY, R. (1975), *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*, Paris, Gallimard.
GHIGLIONE, R. et MATALON, B. (1978), *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*, Paris, Armand Colin.

GRAWITZ, M. (1974), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz.
HALL, E. T. (1968), Proxémique, *Current Anthropology*, 9 (2-3), 95-108 ; tr. fr. *in* BATESON *et al.*, *La nouvelle communication*, 1981.
JAQUES, E. (1963), Mort et crise du milieu de la vie, in *Psychanalyse du génie créateur*, Paris, Dunod, 1974.
JEAMMET, N. (1980), *D'une histoire qui n'est pas la même chez les mères d'enfants « normaux », déshydratés et autistes*, thèse de doctorat de 3e cycle, Paris, Université René-Descartes.
KESTEMBERG, E. (1980), Notule sur la crise de l'adolescence. De la déception à la conquête, *Revue française de Psychanalyse*, *44* (3-4), 523-530.
KLEIN, M. (1921-1945), *Contributions to Psycho-Analysis*, London, Hogarth Press, 1948 ; tr. fr. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1978.
— (1932), *Die Psychoanalyse des Kindes*, Vienne, Internationaler Psychoanalytischer Verlag ; tr. fr. *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 1959.
— HEIMANN, P., ISAACS, S., RIVIÈRE, J. (1952), *Developments in Psycho-Analysis*, London, Hogarth Press ; tr. fr. *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
LACAN, J. (1966), *Ecrits*, Paris, Editions du Seuil.
MAKARENKO, A. (1933-1935), *Poème pédagogique* ; tr. fr. Moscou, Editions en Langues étrangères, 1952. Film : Le chemin de la vie.
MALE, P. (1964), *Psychothérapie de l'adolescent*, Paris, PUF, 3e éd., Paris, Payot.
MARCELLI, D. et BRACONNIER, A. (1980), Place de la « crise parentale » dans les prises en charge non formalisées de l'adolescent et de ses parents, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *28* (10-11), 477-481.
NEYRAUT, M. (1974), *Le transfert*, Paris, PUF.
RAIMBAULT, G. (1975), *L'enfant et la mort*, Toulouse, Privat.
ROGERS, C. R. (1942), *Counseling and Psychotherapy*, Newer Concepts in Practice, Boston, Houghton Miffin ; tr. fr. *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, Ed. ESF, 1970.
— (1951), *Client-centered Therapy : its current practice, implications and theory*, Boston, Houghton Miffin.
— DYMOND, R. *et al.* (1954), *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago, University of Chicago Press.
— (1961), *On Becoming a Person, a therapist's view of Psychotherapy*, Boston, Houghton Miffin ; tr. fr. *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1967.
ROUSSEL, L. et BOURGUIGNON, O. (1976), *La famille après le mariage des enfants*. Etude sur les relations entre générations, INED, n° 78, Paris, PUF.

ROUSSEL, L. et BOURGUIGNON, O. (1978), *Les générations nouvelles et mariages traditionnels*, INED, n° 86, Paris, PUF.

RUFFIOT, A., EIGUER, A. et LITOVSKY DE EIGUER, D., GEAR, M. C. et LIENDO, E. C., PERROT, J. (1981), *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.

SAMI-ALI (1970), *De la projection*, Paris, Payot.

SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., GECCHIN, G., PRATA, G. (1975), *Paradosso e controparadosso*, Milan, Giangiacomo Feltrinelli ; tr. fr. *Paradoxe et contre-paradoxe*, Paris, Ed. ESF (1978).

SPIEGEL, J. P. et MACHOTKA, P. (1974), *Messages of the Body*, New York, The Free Press.

STAROBINSKI, J. (1981), La conscience du corps, *Revue française de Psychanalyse*, *45* (2), 261-279.

UNRUG, M. C. d' (1974), *Analyse de contenu*, Paris, Ed. Universitaires.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. (1974), *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, New York, Norton ; tr. fr. *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Ed. du Seuil, 1975.

WATZLAWICK, P. et WEAKLAND, J. H., sous la direction de (1977), *The Interactional View*, New York, Norton ; tr. fr. *Sur l'interaction*, travaux du Mental Research Institute, Palo-Alto, 1965-1974, Paris, Ed. du Seuil, 1981.

WIDLÖCHER, D. (1976), Adolescence normale ou pathologique, *La Revue du Praticien*, *26*, 2927-2940.

WINNICOTT, D. W. (1958), *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, Tavistock ; tr. fr. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969 (N.B. — Les volumes anglais et français ne sont pas entièrement constitués par les mêmes textes).

— (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, New York, International Universities Press ; tr. fr. *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970.

— (1971), *Playing and Reality*, London, Tavistock ; tr. fr. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

— (1971), *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, London, Hogarth Press ; tr. fr. *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, 1971.

— (1977), *The Piggle*, New York, International Universities Press ; tr. fr. *La petite « Piggle »*, traitement psychanalytique d'une petite fille, Paris, Payot, 1980.

ZAZZO, B. (1966), *Psychologie différentielle de l'adolescence*, Paris, PUF, 2e éd., 1972.

Activité centrale du psychologue, l'entretien clinique est échange de paroles avec autrui, échange asymétrique où le clinicien doit savoir écouter et faciliter la parole de l'autre avant de parler lui-même.

Ce qu'il dit fait intervenir son système théorique, mais aussi sa personne. Une communication complexe, verbale et non verbale, mobilise transfert et contre-transfert.

L'enfant ne s'exprime pas de la même manière qu'un adulte : par des productions symboliques, il montre et voile à la fois son univers intérieur.

L'adolescent s'exprime comme un adulte, mais, luttant contre un sentiment de dépendance, cherche et récuse la communication.

Dans une perspective de recherche, on s'attachera à l'analyse du contenu intégral des entretiens.

Dans une perspective thérapeutique, on suit d'entretien en entretien ce qui se modifie.

La formation à l'entretien clinique suppose un travail en petit groupe où l'on puisse donner à chacun le moyen de découvrir en lui toutes les interférences avec le discours de l'autre.

Colette Chiland est professeur de Psychologie clinique à l'Université René Descartes (Paris V).